



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Cuidado básico de enfermería: relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional

Karen Tatiana Roa Lizcano

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2022

Cuidado básico de enfermería: relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional

Karen Tatiana Roa Lizcano

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título
de:

Doctora en Enfermería

Directora:

Ph.D Renata Virginia González Consuegra

Grupo de Investigación:

Cuidado para la salud cardiorrespiratoria

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2022

*Aprecio y gratitud para las personas que
han hecho de todo en sus vidas para que yo pudiera
lograr mis sueños, porque me han motivado y dado fuerzas
cuando el camino se ha hecho difícil
y creía no poder seguir adelante.*

*Gracias por la sabiduría compartida,
la paciencia y comprensión a lo largo de todos estos años,
y por las lecciones y experiencias de vida
que sin interés me brindaron.*

*A ustedes por siempre
mi corazón y mi agradecimiento...*

Declaración de obra original

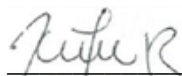
Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (p. ej., tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.



Karen Tatiana Roa Lizcano

Fecha 30/09/2022

Agradecimientos

A Dios por permitirme vivir la oportunidad de hacer un programa doctoral y darme la fortaleza para culminarlo a pesar de todas las dificultades.

A mi esposo Wilmar José por trasegar conmigo todo este camino y quien en compañía de Juan José, aún sin nacer, dieron el último impulso para lograr esta meta.

A mi mamá y a mi papá por todo su apoyo incondicional durante estos años.

A mi abuelita y a mi hermana por haber estado ahí dándome ánimos en la cercanía y en la distancia.

A mi directora de tesis, profesora Renata Virginia González Consuegra, por sus enseñanzas en todos los ámbitos de la vida ya que por muchos años ha sido mi maestra, mi mentora, mi guía, mi amiga...

Al profesor Jorge Humberto Mayorga, de quien cada día se aprende algo nuevo en la medición de fenómenos de enfermería y para la vida.

A cada una de las profesoras del programa de Doctorado en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia por que este resultado es visible gracias a sus enseñanzas.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia por ser mi segundo hogar.

A la Universidad Johns Hopkins, a su escuela de enfermería y a la profesora Nancy Reynolds por haberme dado la oportunidad de vivir la experiencia como pasante de investigación.

Al Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación - COLCIENCIAS, hoy Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, porque mediante la convocatoria 785 Doctorados Nacionales, y su crédito condonable, pude llevar a cabo parte de este proceso.

A mis amigas Jennifer Rojas Reyes y Johana Cifuentes por convertirse en mis cómplices en todos los aspectos de la vida durante estos años.

A todas las personas que participaron en la investigación, porque sus respuestas sinceras hicieron de estos resultados algo tangible.

A los jurados y expertos por sus aportes, ya que robustecieron la construcción de este documento.

A todos aquellos que contribuyeron a culminar este logro, que más que esto, es un sueño hecho realidad.

A Bruno, Simón, Nico, Natacha, Steve, Mambrú y Robert, porque me han enseñado lo corto que puede convertirse el tiempo, ya que durante estos años llegaron, han compartido conmigo y han comenzado a marcharse.

X Cuidado básico de enfermería: relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional

Resumen

Cuidado básico de enfermería: relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional

Introducción: La atención básica se centra en necesidades esenciales de la persona para garantizar su bienestar físico y psicosocial. Estas se satisfacen mediante el desarrollo de una relación positiva y de confianza con la persona atendida, sus familiares o cuidadores. A pesar de los avances en atención centrada en el paciente, los sistemas sanitarios mantienen retos importantes en su atención. Enfermería también tiene retos tan antiguos como no saber con certeza qué elementos componen las dimensiones de su cuidado; como pionera en garantizar cuidado seguro, asequible y respetuoso para los pacientes, debe empezar por asegurar que los cuidados fundamentales se presten correctamente debido a que fallas en estos pueden afectar la seguridad cuando hay caídas, infecciones, lesiones por presión, asociadas al uso de dispositivos médicos, reingresos, entre otros; y en casos más complejos, complicaciones o la muerte. Por tal motivo, conocer qué elementos componen dicho cuidado se vuelve perentorio.

Objetivo: Determinar la relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería.

Metodología: Estudio de abordaje cuantitativo correlacional descriptivo de corte transversal. Participantes: individuos mayores de 18 años receptores del cuidado de enfermería que cumplieron con los criterios de inclusión. Se plantearon lineamientos éticos establecidos para la investigación clínica a nivel nacional e internacional; se contó con avales éticos institucionales y de los participantes. Se utilizaron instrumentos válidos para recolección de datos y la medición de aspectos físicos (cuestionario basado en un plan de cuidados básicos estandarizado), psicosociales (instrumento de percepción de cuidados humanizados) y relacionales (escala de cuidados individualizados).

Resultados: Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería. Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional.

Conclusiones y recomendaciones: A pesar de las mejoras significativas con el fin de brindar atención más compasiva y centrada en el paciente, situaciones como el desconocimiento de los aspectos que componen el cuidado básico de enfermería generan la necesidad de desarrollar conciencia sobre estos aspectos.

Palabras clave: cuidado de enfermería, cuidado básico de enfermería, fundamentos del cuidado de enfermería, investigación en enfermería, teoría de enfermería.

Abstract

Basic Nursing Care: the relationship between physical, psychosocial, and relational dimensions

Introduction: Basic care focuses on the person's essential needs to ensure their physical and psychosocial well-being. These are met through developing a positive and trusting relationship with the person being cared for, their family members, or their caregivers. Despite advances in patient-centered care, healthcare systems maintain significant challenges in their care. For this reason, knowing the elements that make such care becomes peremptory. As a pioneer in ensuring safe, affordable, and respectful care for patients, it must begin by ensuring that fundamental care is delivered correctly since failures in care can affect safety when there are falls, infections, pressure injuries, and injuries associated with the use of medical devices, readmissions, among others, and in more complex cases, complications, or death.

Objective: To determine the relationship between basic nursing care's physical, psychosocial, and relational dimensions.

Methodology: Cross-sectional descriptive correlational quantitative approach study. Participants: over 18 years of age, receiving nursing care, met the inclusion criteria. Valid instruments were used for data collection and measurement of physical (checklist based on a standardized basic care plan), psychosocial (humanized care perception instrument), and relational (individualized care scale) aspects. Ethical guidelines for clinical research at national and international levels were established; institutional and participants' ethical guarantees were established.

Results: Description of the physical, psychosocial, and relational dimensions of basic nursing care. Relationship between physical, psychosocial and relational dimensions.

Conclusions and recommendations: Despite significant improvements for more compassionate and patient-centered care, situations such as the lack of knowledge of what basic nursing care refers to generate an evident need.

Keywords: nursing care, basic nursing care, fundamentals of nursing care, nursing research, nursing theory.

Contenido

	Pág.
Resumen	XI
Lista de figuras.....	XVIII
Lista de tablas	XIX
1. Marco referencial	3
1.1 Área temática	4
1.1.1 Fenómeno	4
1.2 Significancia social	4
1.2.1 Aspectos legales: normatividad relacionada con el cuidado básico de enfermería.....	8
1.3 Significancia teórica	10
1.4 Significancia disciplinar	12
1.5 Propósito de la investigación.....	17
1.6 Pregunta de investigación	18
1.7 Objetivos	18
1.7.1 Objetivo general.....	18
1.7.2 Objetivos específicos.....	18
1.8 Variables: definición conceptual y operativa	18
1.8.1 Dimensión física	18
1.8.2 Dimensión psicosocial	19
1.8.3 Dimensión relacional	19
1.8.4 Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería...20	
1.9 Hipótesis	20
2. Marco teórico y conceptual.....	21
2.1 Modelo conceptual fundamentos del cuidado	26
2.1.1 Evolución histórica.....	26
2.1.2 Descripción.....	27
3. Marco metodológico.....	31
3.1 Marco de diseño.....	31
3.1.1 Tipo de estudio	31
3.1.2.1 Universo	32
3.1.2.2 Población.....	32
3.1.3 Selección de los participantes.....	33
Criterios de inclusión	33
3.1.4 Muestra	33

3.1.5 Instrumentos y variables.....	35
Cuestionario para la dimensión física del cuidado básico de enfermería.....	35
Instrumento para la dimensión psicosocial del cuidado básico de enfermería.....	37
Instrumento para la dimensión relacional del cuidado básico de enfermería.....	40
Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería.....	41
3.2 Procedimiento de recolección y análisis de datos	42
3.3 Consideraciones éticas	43
3.4 Sesgos del estudio.....	47
3.5 Medios de divulgación del conocimiento	49
3.6 Marco de análisis	49
4. Resultados.....	51
4.1 Juicio de expertos para uso de instrumentos	51
4.2 Prueba piloto	57
4.3 Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería	58
4.4 Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería.....	67
4.5 Análisis factorial exploratorio	81
4.5.1 Análisis factorial dimensión física del cuidado básico de enfermería	84
4.5.2 Análisis factorial dimensión psicosocial del cuidado básico de enfermería	86
4.5.3 Análisis factorial dimensión relacional del cuidado básico de enfermería	90
4.6 Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería.....	95
4.6.1 Hipótesis de normalidad	95
4.6.2 Prueba de Kolmogórov-Smirnov para la variable dimensión física	95
4.6.3 Prueba de Kolmogórov-Smirnov para la variable dimensión psicosocial	96
4.6.4 Prueba de Kolmogórov-Smirnov para la variable dimensión relacional	98
4.6.5 Aplicación de pruebas de correlación	99
4.6.6 Relación entre las dimensiones física y psicosocial.....	100
4.6.7 Relación entre las dimensiones física y relacional.....	101
4.6.8 Relación entre las dimensiones psicosocial y relacional.....	102
4.6.9 Comparación entre hombres y mujeres	103
4.6.10 Comparación entre hombres y mujeres entre las dimensiones física y psicosocial	103
4.6.11 Comparación entre hombres y mujeres entre las dimensiones física y relacional	105
4.6.12 Comparación entre hombres y mujeres entre las dimensiones psicosocial y relacional	108
4.6.13 Correlación en grupos de edad por ciclo vital entre las tres dimensiones	110
5. Discusión	113
5.1 Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería....	113
5.2 Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería.....	115
5.2.1 Descripción de la dimensión física del cuidado básico de enfermería	115
5.2.2 Descripción de la dimensión psicosocial del cuidado básico de enfermería	119
5.2.3 Descripción de la dimensión relacional del cuidado básico de enfermería... ..	121
5.3 Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional	124
6. Conclusiones y recomendaciones.....	127

6.1	Conclusiones.....	127
6.2	Recomendaciones.....	129
6.3	Limitaciones	132
ANEXOS.....		133
A. Plan de cuidados básicos estandarizados.....		133
B. Aval uso plan de cuidados básicos estandarizados		135
C. Cuestionario de la dimensión física del cuidado básico de enfermería basado en un plan de cuidados estandarizado con prescripción temporal.....		137
D. Instrumento Percepción de Cuidado Humanizado (PCHE) - versión 3		138
E. Aval uso de instrumento PCHE - versión 3.....		139
F. Versión colombiana escala de cuidados individualizados		142
G. Aval uso escala de cuidados individualizados		145
H. Consentimiento informado		147
I. Aval comité de ética Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia		149
J. Aval comité de ética Hospital Universitario Nacional de Colombia		150
K. Presupuesto.....		153
L. Cronograma		154
M. Documento para expertos.....		155
Bibliografía		165

Lista de figuras

Pág.

Ilustración 2-1: Modelo conceptual de Fundamentos del Cuidado.....	28
---	-----------

Lista de tablas

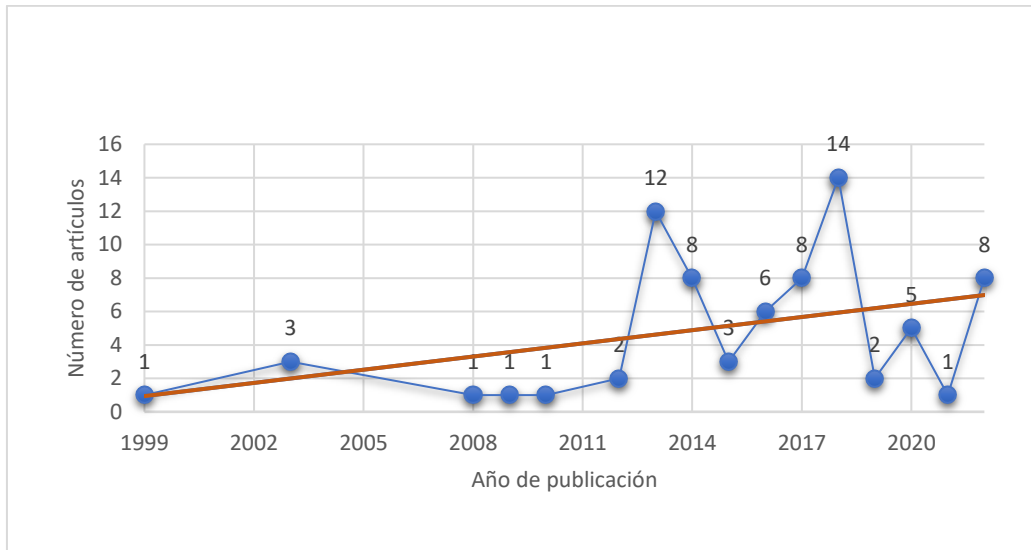
	Pág.
Tabla 1-1: Elementos que componen el cuidado básico de enfermería	15
Tabla 3-1: Fases de la investigación	32
Tabla 3-2: Ítems de los instrumentos	34
Tabla 3-3: Equivalencia de los ítems dimensión física del cuidado básico de enfermería	36
Tabla 3-4: Equivalencia de los ítems dimensión psicosocial del cuidado básico de enfermería.....	38
Tabla 3-5: Tabla de variables, definición operativa y escala de medición	41
Tabla 3-6: Sesgos del estudio.....	47
Tabla 4-1: Interpretación valores Kappa de Fleiss	53
Tabla 4-2: Juicio de expertos parámetro claridad.....	54
Tabla 4-3: Juicio de expertos parámetro coherencia.....	55
Tabla 4-4: Juicio de expertos parámetro relevancia	56
Tabla 4-5: Juicio de expertos parámetro suficiencia.....	57
Tabla 4-6: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería - edad	58
Tabla 4-7: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería – edad agrupada por quinquenios	59
Tabla 4-8: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería – ciclo de vida	61
Tabla 4-9: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería – sexo	62
Tabla 4-10: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería – estrato	62
Tabla 4-11: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería – raza	63
Tabla 4-12: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería – lugar de residencia	64
Tabla 4-13: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería – aseguramiento.....	64
Tabla 4-14: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería – escolaridad.....	65

Tabla 4-15: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería – estado civil	66
Tabla 4-16: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería – credo.....	66
Tabla 4-17: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería – ocupación	67
Tabla 4-18: Estandarización de puntajes.....	68
Tabla 4-19: Frecuencia dimensión física del cuidado básico de enfermería	70
Tabla 4-20: Frecuencias dimensión psicosocial del cuidado básico de enfermería	72
Tabla 4-21: Frecuencias dimensión relacional del cuidado básico de enfermería.....	76
Tabla 4-22: Análisis factorial exploratorio aplicado a las tres dimensiones del cuidado básico de enfermería	81
Tabla 4-23: Análisis factorial exploratorio aplicado a la dimensión física del cuidado básico de enfermería	84
Tabla 4-24: Análisis factorial exploratorio aplicado a la dimensión psicosocial del cuidado básico de enfermería	87
Tabla 4-25: Análisis factorial exploratorio aplicado a la dimensión relacional del cuidado básico de enfermería	91
Tabla 4-26: Estadístico prueba de normalidad dimensión física del cuidado básico de enfermería	95
Tabla 4-27: Estadístico prueba de normalidad dimensión psicosocial del cuidado básico de enfermería	97
Tabla 4-28: Relación entre las dimensiones física y relacional del cuidado básico de enfermería	101
Tabla 4-29: Relación entre las dimensiones psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería	102
Tabla 4-30: Comparación entre hombres y mujeres entre las dimensiones física y psicosocial del cuidado básico de enfermería	103
Tabla 4-31: Comparación entre hombres y mujeres entre las dimensiones física y relacional del cuidado básico de enfermería	105
Tabla 4-32: Comparación entre hombres y mujeres entre las dimensiones psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería	108
Tabla 4-33: Comparación por ciclo vital entre las dimensiones física, psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería	110

1. Marco referencial

Este apartado presenta la significancia social, teórica y disciplinar con base en la síntesis del conocimiento disponible, producto de la revisión de literatura. Incluye, además, el problema de investigación, la justificación, la pregunta de investigación, el propósito, los objetivos y el marco conceptual. Para lo cual se llevó a cabo una revisión de la literatura entre el 2000 y 2022, intentando rastrear el desarrollo de conocimiento del área temática. La metodología incluyó la identificación de términos MESH y DECS del descriptor *nursing care* y las palabras claves *basic nursing care* y *fundamentals of care*, mediante la ecuaciones (NURSING CARE [Title/Abstract] AND BASIC NURSING CARE [Title/Abstract]) (NURSING CARE [Title/Abstract] AND FUNDAMENTALS OF CARE [Title/Abstract]) en las bases de datos *Embase, Science Direct, Pubmed, Ovid Nursing, Biblioteca Virtual en Salud, Scopus, Wiley Online Library* y el repositorio Virginia Henderson en los idiomas inglés, español y portugués. La estrategia de crítica, ordenamiento y análisis integrado (1) se llevó a cabo según Fawcett (1992) (2) y Burns and Groove(3) y los métodos planteados por Strobe y CASPe, para garantizar el refinamiento. Finalmente, la síntesis de la evidencia se construyó con base en los lineamientos planteados por el Instituto *Joanna Briggs* (4).

Gráfico 1-1: Artículos por año



Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional.

1.1 Área temática

Cuidado básico de enfermería.

1.1.1 Fenómeno

Dimensiones física, relacional y psicosocial del cuidado básico de enfermería.

1.2 Significancia social

La significancia social sustenta las razones por las cuales el fenómeno debe ser abordado en términos de utilidad para la sociedad; esto puede darse cuando un número elevado de personas padece una condición de salud, o cuando esa condición se presenta en un grupo pequeño, pero tiene impacto en su calidad de vida (5). A continuación, se presentan los aspectos por los cuales el cuidado básico de enfermería debe ser estudiado.

Dadas las tendencias mundiales, tales como el envejecimiento mundial de la población, el aumento exponencial de enfermedades crónicas y enfermedades relacionadas con estilos

de vida como la obesidad y los trastornos de adicción, existe una expectativa creciente de cuidado como un importante desafío (6). Esto implica construir una base de evidencia sobre qué es lo más efectivo, y cómo la atención puede brindarse de manera óptima y competente en un nivel creciente de avances en salud y sofisticación tecnológica, en donde, a pesar de las mejoras significativas en la prestación de atención más compasiva y centrada en el paciente, los sistemas de salud siguen enfrentando desafíos en el cumplimiento de las necesidades básicas de la mayoría de los pacientes, debido a una multiplicidad de factores. Es importante para Enfermería reconocer que debe transformar aquellos aspectos de la atención de los pacientes de los que es responsable (7).

A nivel internacional, existen diversos informes que ponen en evidencia la calidad de los cuidados que reciben los pacientes en los hospitales, los efectos adversos ligados a la hospitalización, y plantean una serie de medidas para mejorar la calidad del cuidado. En todos estos informes se identifica la relevancia del cuidado básico como un aspecto fundamental de los cuidados de Enfermería y su relación con la calidad de la asistencia, en cuanto a satisfacción y seguridad del paciente, debido a que muchos de los elementos identificados en estos conceptos tienen que ver con dimensiones del cuidado básico de enfermería.

Existen diversos motivos para afirmar que las enfermeras tienen la responsabilidad del cuidado básico de las personas que atienden, aunque estos se deleguen en otros profesionales u otros niveles de formación (8–10).

Se estima que entre el 4 y 17 % de los pacientes que ingresan a un hospital sufrirán un accidente imprevisto e inesperado, derivado de la atención en los servicios de salud y no de su enfermedad de base, y esto tendrá consecuencias en su salud y en sus posibilidades de recuperación. En algunos casos, estos errores le provocarán la muerte (11). En EE.UU. se ha estimado que entre 44.000 y 98.000 personas mueren cada año por este motivo. Para el 2006, los eventos adversos eran la sexta causa de muerte por encima de la diabetes, la influenza, la neumonía, la enfermedad renal y el Alzheimer, así mismo, el tiempo de estadía hospitalaria y la mortalidad por eventos adversos contribuyeron a 32.591 muertes por año, cuyos costos se calculan en 9,3 billones de dólares. Del mismo modo, los eventos adversos son la primera causa de morbimortalidad global en algunos países en vía de desarrollo(11).

En Latinoamérica, los eventos adversos detectados se relacionan con los cuidados en un 13,27 %, con el uso de la medicación en un 8,23 %, con la infección nosocomial en un 37,14 %, con algún procedimiento en un 28,69 %, y con el diagnóstico en un 6,15 %. Los cinco eventos adversos más frecuentes son neumonías (9,4 %), infecciones de herida quirúrgica (8,2 %), lesiones por presión (7,2 %), otras complicaciones relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento (6,4 %) y sepsis o bacteriemia (5 %), acumulando un total del 36,2 % de los eventos adversos identificados. El 62,9 % de los eventos adversos aumentan el tiempo de hospitalización en una media de 16,1 días, y el 18,2 % de los eventos adversos causan un reingreso (8). En Colombia, las estadísticas relacionadas con eventos adversos destacan la presencia de lesiones de piel relacionadas con el cuidado con una prevalencia de 5,2 (12) y no se cuenta con datos de otro tipo de eventos.

Dentro de las causas de aparición de eventos adversos se encuentra la alta complejidad en la que intervienen una gran cantidad de factores y que cambian constantemente, entre las que se incluyen la complejidad de cada procedimiento clínico o quirúrgico, el diseño del proceso de atención al cual el paciente será sometido, las condiciones humanas relacionadas con la atención como el conocimiento y las habilidades individuales de quienes entran en contacto directo con los pacientes, su concentración, su estado de ánimo, el estado de los equipos y la tecnología a utilizar, la efectividad con que las personas que atienden al paciente se comunican entre sí y trabajan en equipo, etc. (11).

La seguridad del paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que buscan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implementar las barreras de seguridad necesarias (13). Es una preocupación pública, propone estrategias para mejorar el sistema de salud y la seguridad del paciente, y ha sido declarada un componente fundamental de la calidad del cuidado. Los pacientes son especialmente vulnerables a lesiones durante este período, ya que pueden tener debilidades funcionales y porque la discontinuidad puede ocurrir en la interfase del cuidado agudo y del cuidado ambulatorio (14).

Teniendo en cuenta este precepto, el concepto de cultura de la seguridad ha tomado relevancia. Este se mencionó por primera vez en 1988 en un informe sobre el desastre nuclear de Chernóbil, en la antigua URSS, preparado por el Grupo Asesor Internacional de Seguridad Nuclear (15). El concepto ha ganado el reconocimiento mundial en varias industrias, especialmente en industrias de alto riesgo, como la energía nuclear y la aviación. La característica clave de la cultura de la seguridad es la percepción compartida entre los administradores y el personal sobre la importancia de la seguridad. El desarrollo de la cultura ha sido declarado un medio para reducir el potencial de grandes catástrofes y accidentes relacionados con las tareas de rutina. Cuando la cultura de la seguridad se aplica al cuidado de la salud tiene una importancia aún mayor, ya que la seguridad no sólo se aplica a la fuerza de trabajo, sino también a los pacientes que puedan ser perjudicados por la actuación del personal. La cultura tradicional de seguridad del paciente de “culpa y vergüenza” en las organizaciones de salud ha sido criticada por obstruir la posibilidad de “aprender de los errores”, y en gran parte ser responsable de los errores cometidos (15).

Dentro de las mediciones de calidad de la atención en salud, las consecuencias de la omisión de los cuidados se reportan como incidentes o eventos adversos (8). Son varios los estudios en los que se han identificado que la mayor parte de los cuidados que se omiten se relacionan con las prácticas del cuidado básico de enfermería (16–36). Estos tienen impacto en aspectos tales como deambulación del paciente, higiene oral, alimentación, administración de medicamentos, monitoreo del paciente, lesiones de piel, aparición de delirio, neumonía, retraso en la recuperación de heridas, aumento en tiempos de hospitalización, dolor y discomfort, además de aspectos relacionados con el apoyo emocional (17) y la comunicación y soporte social al paciente y a su familia (37,38).

Sólo por poner un ejemplo, en las UCI la complejidad de atención que demandan los pacientes presenta desafíos para las enfermeras en términos del tipo de cuidado que deben brindar para cubrir todas sus necesidades y las de sus familias. Gestionar el cuidado de forma rutinaria sin valorar correcta y completamente al paciente puede afectar la atención individualizada y ocasionar alteraciones en la integralidad, seguridad y satisfacción (39). El cuidado de Enfermería para estos pacientes implica la realización de intervenciones básicas orientadas a suplir las necesidades de la vida diaria e intervenciones avanzadas que apoyen la recuperación de la salud o el mantenimiento de la condición clínica. Entre otros elementos, se debe brindar un ambiente de comodidad

física y mental, favoreciendo aspectos como el descanso, el sueño, la nutrición, la higiene y la dignidad. Mantener estos elementos a través del cuidado es una responsabilidad fundamental de las enfermeras debido al impacto significativo que tienen en los resultados clínicos y la satisfacción de los pacientes (39).

1.2.1 Aspectos legales: normatividad relacionada con el cuidado básico de enfermería

Actualmente, existe un creciente reconocimiento sobre la necesidad de transformar la cultura organizacional de la salud. La participación de Enfermería es uno de los ejes fundamentales en el proceso de atención en salud, ya que son sus profesionales quienes pasan el mayor tiempo en contacto directo con los pacientes; lo que les permite conocer de primera mano sus expectativas, así como las dificultades que puede generarles el tratamiento. De ahí la importancia de establecer los mecanismos en que Enfermería puede contribuir de una forma singular al éxito en el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente (40). Sin embargo, el interés por estudiar y controlar los riesgos de la atención en salud no es nuevo. En 1956, Moser habló de “las enfermedades del progreso de la medicina”. En 1964, Schimmel publicó que el 20 % de los pacientes que ingresaban en los hospitales presentaba alguna iatrogenia y que una de cada cinco era grave. En el 2000, el Instituto de Medicina de EE. UU publicó el informe *To err is human: building a safer health system*; allí se evidenciaron los errores evitables que ocurren cada día analizando su carácter sistémico y planteando estrategias de prevención. Para el 2005, la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) presentó una guía de prácticas de seguridad desarrollada por el *National Quality Forum*. En 2001, se publicó un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la presencia de efectos adversos en la práctica clínica, incluidas recomendaciones para su prevención y abordaje. En Canadá, en 2003, se creó el *Canadian Patient Safety Institute*, el *National Health Service*, en el Reino Unido estableció la *National Patient Safety Agency*. En el 2004 la agencia británica publicó un documento titulado *7 steps to patient safety*. En el ámbito de la Unión Europea, la seguridad del paciente ha sido incluida entre los objetivos de diferentes programas y acciones comunitarias (40).

El Consejo Internacional de Enfermería en el año 2002, con posterior revisión durante el año 2012, ha lanzado la declaración de seguridad de los pacientes en la cual establece que esta se constituye como fundamental para la atención en salud y de enfermería con calidad (41).

En Colombia, el Ministerio de la Protección Social (MPS) expidió en junio de 2008 la política de Seguridad del Paciente (11), que es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) (Habilitación, PAMEC, Acreditación y Sistema de Información para la Calidad), que junto con la Guía Técnica para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud buscan mejorar y garantizar las mejores condiciones en seguridad para los pacientes atendidos en las instituciones hospitalarias del país (42).

La Ley 266 de la República de Colombia(9) que establece el objeto, los principios, la naturaleza y el ámbito de ejercicio de la práctica profesional de enfermería y la Ley 911 (10) que establece en su artículo tercero que:

“El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas”.

La recientemente promulgada Ley de Talento Humano de Enfermería, según el decreto 755 de 2022 (43) adopta la "Política Nacional de Talento Humano de Enfermería y el Plan Estratégico 2022-2031" para el mejoramiento de las condiciones de formación, desempeño, gestión y desarrollo integral del personal de enfermería en el proceso de fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS y los regímenes

de excepción y especiales. De igual manera, establece que la política contará con un enfoque de humanización de la atención para el cuidado de las personas haciendo referencia a la necesidad de fortalecer en las organizaciones una cultura relacionada con la empatía, el buen trato y el ejercicio de los derechos humanos, la comunicación asertiva, el respeto, la dignidad, la autonomía de la persona y la diferencia del otro, e introduce la discusión sobre los límites de las actuaciones en el ejercicio de poder de los trabajadores de la salud con otros trabajadores, y con los sujetos de cuidado; así, propone una reflexión ética obligatoria sobre el significado ontológico y axiológico del cuidado humano y su coherencia con las prácticas relacionales con las personas.

Por tal motivo, es imperioso estudiar el cuidado básico de enfermería como aporte social en la mejora de la calidad del cuidado y su impacto en diversos aspectos de la atención, tales como la seguridad del paciente, la humanización de la atención en salud y el reconocimiento de la labor de enfermería y su medición desde aspectos diferentes a los indicadores presentados hoy en día centrados netamente en la dimensión física del cuidado.

1.3 Significancia teórica

El desarrollo teórico acerca del cuidado básico de enfermería se ha dado de manera paulatina; sin embargo, desde el 2013 ha habido un auge de publicaciones concernientes al tema. Este ha sido identificado en la literatura mediante diferentes palabras, entre las que se incluyen cuidado básico de enfermería y fundamentos del cuidado.

El tema ha sido tratado desde los planteamientos de Virginia Henderson y sus postulados respecto a las necesidades básicas (44). De igual manera, el marco de fundamentos del cuidado ha sido descrito por Kitson et al. como el que rescata los elementos que componen dicho cuidado y que incluyen aspectos psicosociales, físicos y relacionales (45).

El cuidado básico de enfermería es visto como un conjunto de actividades universales esenciales para la vida, a partir de actividades individuales, y por lo tanto, a menudo son relegadas de forma inconsciente. Generalmente, los adultos no recuerdan cuándo aprendieron aspectos relacionados con su eliminación, responder al hambre o la sed, o

entender los principios básicos de higiene personal, ejercicio y dieta; cuando se enfrenta a cualquier cambio en el estado de salud o en los hábitos de vida (6).

Según un estudio del 2009 de Kalisch et al., (28) el cuidado básico de enfermería tiene impacto, en primer lugar, en aspectos físicos tales como la deambulación del paciente, la higiene oral, la alimentación, la vigilancia del paciente, la aparición de lesiones de piel, la aparición de delirio, la aparición de neumonía de diferentes etiologías, el retraso en la recuperación de heridas, la presencia de dolor y discomfort e incluso la muerte que impactan en aspectos administrativos como el aumento en tiempos de hospitalización y mayores costos económicos, además de otras consecuencias que puede generar para el paciente y su familia.

Valles et al. plantean aspectos psicosociales como el apoyo emocional (17), y estudios de Kalish et al., y Bittner et al. (37,38) incluyen aspectos relacionales como el soporte social propiamente dicho, además de otros aspectos multifactoriales como la planificación del egreso, el recibo y entrega de turno, la valoración del paciente y la educación a este y a su familia.

En cuanto a los beneficios que pueden darse al indagar sobre el tema se encuentran la disminución de eventos adversos (p. ej.: caídas, aparición de úlceras por presión e infecciones), aumento de la satisfacción de las enfermeras con su trabajo, disminución de la mortalidad de los pacientes, disminución de la estancia hospitalaria y de costos en la atención, según lo planteado en estudios realizados por Valles et al. y Kalisch et al. (17,18).

Si bien el fenómeno ha sido investigado en servicios de hospitalización general, unidades de cuidado intensivo adultos, casas de cuidados independientes, unidades de cáncer y grupos de estudiantes de Enfermería, se requiere un desarrollo mayor, tanto en servicios no indagados como en ampliación en los ya indagados.

En cuanto a indicadores empíricos, en la literatura se encuentra el uso de entrevistas en investigaciones cualitativas como las reportadas por Athlin et al., donde describieron las necesidades básicas de cuidado en cáncer (46); Conroy et al., quienes reportaron los factores que influyen la entrega de cuidado básico desde la percepción de las enfermeras (47) y Avallin et al., quienes desde la etnografía describen las necesidades de cuidado básico de las personas con dolor abdominal (48). Con respecto al uso de instrumentos, Lakanmaa et al. desarrollaron y avalaron psicométricamente un instrumento

que mide la competencia y el conocimiento en unidad de cuidado intensivo (49–51); si bien hay instrumentos de medición que involucran aspectos relacionados con el cuidado básico, no se cuenta con un instrumento que mida cada una de las dimensiones del cuidado básico de enfermería, ni mucho menos que mida las dimensiones en conjunto.

Lo anteriormente mencionado, reafirma que no hay estudios que describan el fenómeno desde el punto de vista cuantitativo y exploren la correspondencia de las dimensiones mencionadas como elementos esenciales del cuidado básico de enfermería, así como la relación que existe entre ellas. Se espera que el abordaje de este fenómeno aporte como referente en la conceptualización y trace la senda de los estudios cuantitativos.

1.4 Significancia disciplinar

El cuidado básico de enfermería es un concepto importante para el desarrollo de conocimiento en Enfermería debido a que se constituye en el inicio hacia las diferentes visiones de la disciplina; representa un tipo de conocimiento específico de la perspectiva disciplinar guiando el desarrollo del conocimiento a través de la investigación, el desarrollo teórico y la aplicación a la práctica (52). A medida que el Cuidado de Enfermería se vuelve cada vez más complejo y de naturaleza significativamente más técnica, las enfermeras comienzan a descubrir que las intervenciones básicas de Enfermería, que en su tiempo fueron el sello distintivo de una buena atención, se están quedando atrás (53).

Enfermería, como el mayor grupo de la salud profesional a nivel mundial, tiene el papel central de garantizar atención segura, asequible y respetuosa para sus pacientes. Este es el reto que enfrenta la profesión para asegurar que el cuidado básico de enfermería se lleve a cabo correctamente. Se necesitan nuevas y diferentes maneras de mirar los problemas que enfrentan las enfermeras para iniciar la transformación. Al reestructurar la forma en que se realice una reflexión sobre el cuidado básico de enfermería, habrá más posibilidades de contribuir a la agenda de transformación de la salud en general. En pro de la disciplina, es imperativo pensar de forma analítica y objetiva acerca de la atención, construir una experiencia significativa e integrada del paciente (así como de sus familiares y cuidadores) y la enfermera en tiempo real (54).

Se debe propender por descripciones concretas de cómo rediseñar el cuidado alrededor del paciente, y luego que estas descripciones den forma a lo que está escrito en el sistema de salud. La falta de alineación entre lo que Enfermería ofrece a los pacientes y lo que ellos esperan, muestran que el cuidado es valorado de maneras diferentes. En el deseo de modernización y profesionalización se han perdido de vista los valores fundamentales y las actividades centrales de la atención al paciente, o se trata de un modelo social más amplio donde los individuos son menos propensos a mostrar la bondad, la compasión y el cuidado de los demás, incluso si es un requisito necesario del trabajo (54)

El cuidado básico de enfermería es implícitamente un fenómeno netamente disciplinar, rescata elementos de la esencia del cuidado de Enfermería visibilizándolo y atañe aspectos autónomos y de competencia exclusiva. Teniendo en cuenta que Enfermería debe propender una atención integral, ya que el ser humano se compone de elementos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales (55), podría decirse que la visión que se pretende evidenciar es interactiva integrativa. Esta visión involucra aspectos concernientes a cambios constantes y reconoce la importancia de cuidar de manera individual, acorde a las necesidades del paciente, teniendo presente sus potenciales y limitantes y el reconocimiento de la persona como única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo (55) lo cual pretende hacerse visible al abordar al ser humano de manera holística.

Recapitulando la forma como el cuidado básico de enfermería ha sido descrito, Nightingale resalta aspectos tales como la observación, la satisfacción de necesidades básicas, registros y manejo del medio ambiente(56); comparte estos mismos postulados con autores como Virginia Henderson y Kitson, Conroy, Wengstrom, Profetto-McGrath, y Robertson-Malt, quienes han refinado el concepto entendiéndolo como “aquellos fundamentos de la atención dirigidos a cuidar los elementos en tres dimensiones: fisiológico, cuidado personal, y aspectos ambientales de la atención y lo desglosan en ejemplos en los cuales la provisión de los fundamentos del cuidado deben incluir elementos que aseguren un ambiente seguro, ciclo de vida, respiración, comer y beber, eliminación, limpieza y vestimenta personal, comodidad, sueño y descanso, control de temperatura, movilidad, trabajo y juego, expresando sexualidad y comunicación, y adicionan que el cuidado básico de enfermería puede definirse como los cuidados que requiere cualquier persona, sea cual sea su diagnóstico médico y complementando el tratamiento médico

prescrito, así mismo, hacen referencia a que estos cuidados son aplicables en cualquier medio: el hogar, el hospital, la escuela, etc.” (6).

Esto sería congruente con lo planteado por Adamsen & Tewes, quienes han definido la atención básica de enfermería como "problemas compartidos por cualquier tipo de grupos de pacientes, independientemente del diagnóstico específico, síntomas o formas de tratamiento" (57) y la cual puede complementarse con los postulados de Talens y Casabona, quienes describen que los cuidados básicos de enfermería deben entenderse como aquellas acciones/actividades generales y comunes que realizan las enfermeras sobre cualquier individuo que se encuentre ingresado en una unidad hospitalaria, con independencia del problema de salud que motivó su ingreso. Todo lo anterior son acciones para las que el personal debe estar capacitado por sus conocimientos de enfermería y legitimadas por su titulación en enfermería.

Por lo tanto, sintetizar lo enunciado por los autores, puede entenderse que aplicar los cuidados básicos de enfermería consiste en atender al individuo, sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o al restablecimiento de esta; teniendo en cuenta que siempre se debe dirigir a la persona hacia el mayor grado de independencia posible (58).

El siguiente cuadro sintetiza la información sobre aquellos elementos que diferentes autores han considerado parte del cuidado básico de enfermería (59).

Tabla 1-1: Elementos que componen el cuidado básico de enfermería

Término	Nightingale	Henderson y Nite	Roper y colaboradores	Pearson y Vauhan (Orem)	Nhs agencia de modernización	Agencia de gobierno de Gales	Saba	Crisp y Taylor
Ambiente seguro	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Comunicación	X	✓	✓	✓	✓	✓	X	X
Respiración	X	✓	✓	✓	X	X	✓	X
Comida y bebida	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Eliminación	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Aseo personal y vestido	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	✓
Descanso	✓	✓	X	X	X	✓	X	X
Control de la temperatura corporal	X	✓	✓	X	X	X	✓	X
Movilización	X	✓	✓	✓	X	X	✓	✓
Trabajo y juego	X	✓	✓	X	X	X	X	X
Expresión de sexualidad	X	X	✓	X	X	X	X	X
Sueño	X	✓	✓	✓	X	✓	X	✓
Agonía	X	X	✓	X	X	✓	✓	X

Fuente: Patient focused care: what is it?(59) Traducción propia.

Entre las enfermeras asistenciales se denota ambigüedad conceptual en torno al significado del cuidado básico de enfermería. Reducir la práctica clínica y asistencial a la mera ejecución de técnicas y actividades conduce a una percepción distorsionada de los cuidados de enfermería en plena oposición a su naturaleza holista y de transformación (60).

La naturaleza del cuidado básico de enfermería debe estar presente en todas las acciones y actividades que la enfermera realiza como parte de su identidad, ya que su integración entre la existencia de la interrelación enfermera-paciente, que permite establecer e identificar las necesidades de los pacientes en todas sus dimensiones y el juicio clínico,

posibilitan que los conocimientos procedentes de la ciencia biomédica y de las humanidades desarrollen el pensamiento y criterio reflexivo. Finalmente, tales acciones y técnicas han de ser autonomía y competencia profesional de la enfermera (60).

Supeditar a la enfermera a la mera ejecución de técnicas supone una amenaza para los propios fundamentos y principios de la profesión y la disciplina de enfermería. Hoy, técnicas ejecutadas recientemente por enfermeras son realizadas legítimamente por otros estamentos profesionales. Para que una técnica sea autónoma de enfermería y no pueda ser reclamada por otro estamento profesional ha de estar integrada en el cuidado de enfermería (61).

En la era moderna, este fenómeno ha sido estudiado en EE. UU. (36,53,62–68), Finlandia (49–51,69,70), Reino Unido (71–74), Corea (75), España (76,77), África del Sur (78), Portugal (79), Pakistán (80), Canadá (7,81), Brasil (82,83), Holanda (84,85), Egipto (86), Suecia (48), Arabia Saudita (87) y Australia (6,45–47,54,58,88–95) siendo este último el que más ha aportado al desarrollo, hasta alcanzar el nivel de marco. En Colombia, el desarrollo es incipiente, por lo cual amerita su investigación.

Según los niveles de evidencia planteados por Johanna Briggs, estos estudios se clasificaron como estudios de prognosis y significado (4). Dentro de los documentos hallados se encuentran cartas, editoriales y artículos de reflexión (47,53,58,59,62,63,65,68,71–73,81,82,91,92,96), revisiones de alcance, sistemáticas e integrativas (70,89,97,98), estudio Delphi (98), estudios exploratorios, observacionales y etnografías (46,48,57,79,87,99), revisión metanarrativa (6), opiniones de un solo experto y consenso de expertos (36,49,54,69,75,78,80,85,88,98).

Por tal motivo, desde el punto de vista disciplinar, es imperativo estudiar el cuidado básico de enfermería, ya que según lo planteado por Kitson et al.(58) enfermería debe explorar los cuidados básicos como aspectos fundamentales de la atención al paciente, de una manera sistemática, conceptualmente coherente y científica, para ello se debe hacer frente a los siguientes desafíos:

- La necesidad de pensar de una forma integrada acerca de los cuidados básicos desde el punto de vista conceptual, metodológico y práctico.

- La tensión continua en la práctica de enfermería entre un enfoque despersonalizado y mecanicista de los cuidados básicos.
- La necesidad de coherencia en torno a la comprensión y el manejo de la dinámica de la relación enfermera-paciente.
- La necesidad de un enfoque sistemático de los cuidados básicos de enfermería que combine las dimensiones físicas, psicosociales y relacionales en los entornos asistenciales.

En conclusión, las significancias social, teórica y disciplinar presentadas anteriormente como marco de referencia muestran un fenómeno muy antiguo desde el punto de vista disciplinar, pero con un abordaje investigativo aún muy amplio por indagar, multidimensional, en el que intervienen aspectos biológicos, psicosociales y relacionales que merecen ser estudiados, ya que puede ser la senda de un repensar de la disciplina que ha cobrado relevancia debido al impacto que puede llegar a tener en la salud pública en las diferentes etapas del ciclo vital, y que por tal motivo, se debe iniciar con el reconocimiento de los elementos que componen cada dimensión, así como la relación entre estas dimensiones, será el primer escalón para llegar a la comprensión del fenómeno.

1.5 Propósito de la investigación

La presente investigación propone describir las dimensiones física, psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería y la relación existente entre estas dimensiones en adultos que hayan sido receptores del cuidado de enfermería. Se espera comprobar si las relaciones propuestas en el modelo conceptual de fundamentos del cuidado(54) existen debido a que, si bien este modelo ha sido construido a partir de los estudios cualitativos anteriormente mencionados, no hay estudios cuantitativos que lo hayan puesto a prueba.

1.6 Pregunta de investigación

¿Qué elementos componen las dimensiones del cuidado básico de enfermería?

¿Cuál es la relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería?

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo general

Determinar la relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería.

1.7.2 Objetivos específicos

- Describir la dimensión física del cuidado básico de enfermería.
- Describir la dimensión psicosocial del cuidado básico de enfermería.
- Describir la dimensión relacional del cuidado básico de enfermería.
- Identificar la relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería

1.8 Variables: definición conceptual y operativa

1.8.1 Dimensión física

- Definición conceptual: según Kitson et al., la dimensión física del cuidado básico de enfermería incluye la limpieza personal (incluido el cuidado oral/bucal), necesidades de aseo, alimentación e hidratación, descanso y sueño, movilidad,

comodidad (en la que se incluye el manejo del dolor y la temperatura), seguridad y manejo de medicamentos (54).

- Definición operativa: cuestionario basado en un plan de cuidados básicos estandarizados (100) construida para la investigación.

1.8.2 Dimensión psicosocial

- Definición conceptual: según Kitson et al., la dimensión psicosocial incluye la comunicación que puede ser verbal y no verbal, mantener al paciente involucrado e informado, digno, respetado, educado e informado, con bienestar emocional y con valores y creencias respetadas (54).
- Definición operativa: Instrumento de Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) 3ª versión (101).

1.8.3 Dimensión relacional

- Definición conceptual: según Kitson et al., la dimensión relacional incluye la escucha activa, ser empático, comprometido con los pacientes, compasivo, estar presente con el paciente, apoyar e involucrar a familiares y cuidadores, ayudar a los pacientes a hacer frente, trabajar con los pacientes para establecer, lograr y evaluar el progreso de los objetivos y ayudar a los pacientes a mantener la calma (54).
- Definición operativa: escala de cuidados individualizados (102,103).

1.8.4 Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería

- Definición conceptual: hace referencia a datos relacionados con la edad, sexo, estrato socioeconómico, raza, religión y otros que se consideren pertinentes para el propósito del estudio.
- Definición operativa: cuestionario de datos sociodemográficos desarrollado para el estudio basado en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

1.9 Hipótesis

- La dimensión física hace parte del cuidado básico de enfermería.
- La dimensión psicosocial hace parte del cuidado básico de enfermería.
- La dimensión relacional hace parte del cuidado básico de enfermería.
- La dimensión física, psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería están relacionadas.

2. Marco teórico y conceptual

Un marco es el fundamento conceptual de un estudio. Para esta indagación se presenta la revisión de literatura por medio de la cual se identificó lo que se conoce con respecto al fenómeno del cuidado básico de enfermería.

Extractando lo presentado previamente en las significancias, son diversos los autores que han planteado diferentes conceptos sobre lo que podría denominarse cuidado básico de enfermería y los elementos que lo componen. Desde modelos teóricos hasta investigaciones aisladas muestran que este cuidado se orienta al abordaje de elementos de tipo físico, psicológico y social, y que es indistinto del diagnóstico médico, el tratamiento y el contexto en el que se encuentre el paciente (6).

El cuidado básico de enfermería involucra actividades universales y esenciales para la vida que, en parte, se constituyen como actividades diarias de autocuidado y, por consiguiente, suelen ser relegadas de manera inconsciente, de sentido común o de poca necesidad de conocimientos. Este ha sido descrito desde diferentes modelos y teorías de enfermería.

Florence Nightingale, desde su primera publicación en el año 1859 (104) *Notas sobre enfermería: qué es y qué no es*, expuso como conceptos principales los elementos que favorecen la recuperación de las personas entre los que se incluyen la ventilación y la temperatura, las necesidades de aire y agua pura, los drenajes eficientes, la limpieza e higiene personal y del ambiente, la luz, el ruido, la alimentación, la observación y la comunicación con los enfermos. La visión de Nightingale como labor de la enfermería era “mantener el cuerpo libre de enfermedades o en tal condición que pudiera recuperarse de la enfermedad. . . [poniendo] a los pacientes en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre ellos” (105). Esta práctica incluye la atención tanto a las personas sanas como a las enfermas, con atención a las condiciones ambientales en las que viven

las personas. En síntesis, Nightingale resalta aspectos tales como la satisfacción de necesidades básicas, el medio ambiente, la observación y los registros como elementos esenciales en la atención de los pacientes (56).

Hildegard Peplau expuso en su teoría de las relaciones interpersonales, “las fases del proceso interpersonal que ocurren cuando una persona enferma y una enfermera se unen para resolver una dificultad relacionada con la salud” (105). Como conceptos principales ha planteado la relación enfermera – paciente vista como un conjunto de fases (orientación, trabajo, identificación, explotación y terminación) que en conjunto con la metodología clínica que incluye observación, planteamiento de los vínculos empáticos, comunicación, técnicas interpersonales, principio de claridad, principio de continuidad, análisis de los datos, roles, relaciones e integración de patrones muestran que la relación se constituye en eje central del cuidado de enfermería (105).

Faye G Abdellah en la teoría de enfermería centrada en el paciente (106) establece que la enfermera ayuda al paciente y a la familia cuando presentan problemas en alguna de las 21 categorías que establece y que incluyen higiene y comodidad física, actividad y descanso, seguridad, mecánica corporal, oxigenación, nutrición, eliminación, líquidos y electrolitos, respuestas a la enfermedad, mecanismos reguladores, función sensorial, sentimientos y reacciones, emociones e interrelaciones de enfermedad, comunicación, relaciones interpersonales, espiritualidad, entorno terapéutico, conciencia de sí mismo, aceptación de limitaciones, recursos para resolver problemas y papel de los problemas sociales en la enfermedad. Estos problemas de enfermería pueden ser visibles o no y pueden requerir de la pericia de la enfermera para identificarlos, pero sin estos últimos no es posible cumplir con las necesidades de atención.

El proceso de atención de enfermería es el método utilizado para identificar las necesidades, establecer un diagnóstico y la forma posible de solución; el objetivo general es el funcionamiento más completo posible del paciente. La atención individualizada del paciente es importante para la enfermería y, por tanto, los pacientes y las enfermeras deben ser conscientes de la integridad de cada persona y de la necesidad de continuidad de los cuidados desde antes de la hospitalización hasta después del alta.

Virginia Henderson planteó una definición de enfermería ampliamente conocida: “La función única de la enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en el desempeño de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a una muerte pacífica, que él realizaría sin ayuda si tuviera los medios necesarios. fuerza, voluntad o conocimiento” (44). La labor de la enfermera es ayudar a la persona, esté o no enferma, a realizar actividades que contribuirán a la salud, la recuperación o a una muerte tranquila, ayudar a la ejecución de actividades que realizaría la persona si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios. El proceso de atención de enfermería se esfuerza por hacer esto lo más rápido posible, y el objetivo es la independencia. La enfermera maneja este proceso independientemente de los médicos. La ayuda a la independencia la proporciona la enfermera de manera autónoma en relación con la respiración, el comer y beber, la eliminación, el movimiento y postura, el descanso y sueño, la vestimenta, el mantenimiento de la temperatura corporal, el aseo corporal y la protección de los tegumentos, el evitar peligros ambientales y lesiones de otros, la comunicación, las creencias, el trabajo, el juego y la recreación, y el aprendizaje y descubrimiento. La enfermería puede evaluarse en la medida en que capacita a la persona para lograr cada una de estas funciones de manera autónoma (107).

El papel y las funciones del profesional de enfermería varían según la situación y de acuerdo con el problema del paciente, la capacidad de este para autoayudarse, y los recursos con los que cuenta. La comprensión empática y el conocimiento son fundamentales para cumplir el objetivo de lograr la independencia del paciente, y por consiguiente, la enfermera ayuda a los pacientes que carecen de conocimientos, fuerza física, o fuerza de voluntad en el crecimiento hacia esta. Por esta función, el enfermero busca y promueve ambientes de investigación, educación y trabajo que faciliten este objetivo (106).

Elizabeth R. Lenz y Linda C. Pugh han planteado en la teoría de los síntomas desagradables el reconocimiento de los síntomas como multidimensionales, que incluyen cuatro dimensiones (tiempo, intensidad, calidad y angustia), en donde cada una de las dimensiones se puede medir. Los factores influyentes, incluidos los fisiológicos, psicológicos y situacionales, pueden afectar la experiencia de los síntomas. Además, los síntomas en sí mismos pueden afectar los resultados de desempeño, como la calidad de vida.

Dentro de los avances de la teoría se encuentra que los síntomas pueden interactuar entre sí y afectar los factores influyentes (108).

Katharine Kolkaba, en la teoría del confort, ha planteado que las enfermeras identifican las necesidades de los pacientes y de sus familias que no han sido satisfechas, y que dichas necesidades son modificadas por variables influyentes (factores) que las enfermeras no pueden cambiar (como la pobreza o un diagnóstico). Con estas necesidades se debe formular un plan de cuidados de confort con el objetivo de mejorar la condición existente. Cuando se mejora el confort de los pacientes y/o las familias, se espera una participación más plena, ya sea consciente o inconscientemente, en comportamientos de búsqueda de salud que son objetivos acordados entre ambos. Cuando los pacientes y sus familias se sienten mejor, la institución y las enfermeras tienen mejores cifras en indicadores de medición. La teoría plantea que el tipo de comodidad que se provee puede ser de alivio cuando una necesidad específica de confort se satisface, de facilidad cuando se encuentra un estado de calma y de trascendencia cuando se da un estado en el que se sobrepasan los problemas identificados o el dolor. En cuanto al contexto en el que se produce el confort, este puede ser físico cuando se relaciona con aspectos corporales, tales como mecanismos homeostáticos, función inmunológica o cualquiera que pertenezca a este grupo; psicoespiritual cuando corresponde a elementos de la conciencia de sí mismo, como la autoestima, la identidad, la sexualidad, el significado de la vida y la relación entendida con un orden o ser superior; ambiental cuando afecta la experiencia humana, que incluye elementos como la temperatura, la luz, el sonido, el olor, el color, el mobiliario, el paisaje, entre otros; finalmente, sociocultural, haciendo referencia a las relaciones interpersonales, familiares y sociales, y a elementos relacionados con prácticas familiares, tradiciones, prácticas y creencias religiosas, entre otras (109).

Joanne R. Duffy, en el modelo de calidad cuidado, busca reafirmar la naturaleza del trabajo de enfermería centrado en las relaciones; el modelo establece que las relaciones de cuidado influyen en los resultados positivos para los pacientes y sus familias, el personal de salud y el sistema de salud (110).

El modelo de enfermería de Roper, Logan y Tierney, basado en las actividades de la vida (111), busca "identificar las características principales de la naturaleza de vivir. Mediante las ciencias naturales, las ciencias sociales y las humanidades". Para ello plantean doce

actividades de la vida diaria, como las constitutivas del modelo (Mantener un ambiente seguro, comunicarse, respirar, comer y beber, eliminar los desechos corporales, asearse y vestirse, controlar la temperatura corporal, moverse, trabajar y recrearse, expresar la sexualidad, dormir y morir).

Estas actividades de la vida diaria varían desde la dependencia total hasta la independencia a lo largo de la vida, y cambian a medida que pasa el tiempo; así como por eventos o condiciones de salud que presentan cambios temporales o permanentes. Los factores que afectan las actividades de la vida diaria se denominan influencias. Cada influencia puede ser una influencia positiva o negativa, y por tanto, un peligro potencial o real para la salud. Roper et al. (2000) identificaron cinco influencias en las actividades de la vida diaria (Biológica, psicológica, sociocultural, Ambiental y política-económica).

Barbara M. Dossey(108), en la teoría de la enfermería integral, incorpora el legado, la filosofía y el activismo de Florence Nightingale y plantea que cuando el enfoque es mejorar la propia salud, la de la familia y la comunidad a nivel local, se crea el efecto dominó de personas sanas que viven en un entorno saludable.

De igual manera, son múltiples los autores que han puesto sobre la mesa la conversación en torno a elementos que involucran el cuidado básico de enfermería; investigadoras como Beatriz Kalish han identificado los cuidados básicos de enfermería como aquellos que puntúan en la lista de cuidados omitidos, conceptualizándolos como una medida del proceso de cuidar cuando los cuidados de enfermería necesarios no se completan y la calidad de la atención se ve comprometida. Dentro de los elementos que han sido objeto de su investigación se encuentran la deambulacion, la higiene del paciente, la educación, la alimentación y la valoración y vigilancia de los cambios que se presentan. El modelo plantea que las características del entorno de trabajo, la organización de los procesos de atención y la toma de decisiones en relación con las actividades de enfermería que se dejan de hacer pueden conducir a resultados negativos en los pacientes. (18–20,22,27,28,34,37,112–117)

Collière(118) expresa que preocuparse por alguien, creer en alguien, reforzar las capacidades de alguien, permitirle recobrar la esperanza frente a alguna situación difícil, acompañar a alguien en su experiencia de salud y enfermedad con la presencia, son acciones que suelen pasar desapercibidas y, por tanto, afirma que frecuentemente el cuidado es invisible; para cuidar la enfermera necesita tiempo debido a que si este es muy

corto, el cuidado de enfermería es incompleto y solo se ajusta a las actividades de rutinas, sacrificando una parte esencial del cuidado que es el que exige reflexión, apoyo, confort y educación. Mostrando, de esta manera, que dicho cuidado no puede ceñirse a las acciones de tipo biológico.

Kitson et al., conocida como una de las enfermeras científicas clave de la atención básica de enfermería, ha identificado 14 necesidades básicas de atención: la comunicación y la educación, la respiración, la alimentación, la eliminación, la limpieza personal, la movilidad, el descanso y el sueño, el control de temperatura, la expresión de la sexualidad, la seguridad, la prevención y la medicación, la dignidad, la privacidad, el respeto de la elección y la comodidad, incluyendo el control del dolor (6).

Respecto a los estudios que se han realizado en la disciplina sobre cuidado básico de enfermería se concluye que los estudios predominantes son de tipo cualitativo, principalmente, de tipo descriptivo (36,49,50,69,78,83,85,86,88). El abordaje a los elementos que componen las dimensiones se hace de manera aislada; los estudios de tipo cuantitativo son escasos, y dentro de las recomendaciones se encuentra la necesidad de describir e identificar cómo estos elementos componen realmente este cuidado, ya que en relación con los elementos que componen las dimensiones, no se identificó ningún estudio de tipo cuantitativo; visto desde esta perspectiva, las intervenciones de enfermería que guían el actuar frente a estos aspectos suelen estar guiadas por la experiencia, la intuición y la tradición (119)

2.1 Modelo conceptual fundamentos del cuidado

2.1.1 Evolución histórica

En el 2009 la crítica creciente a la atención de enfermería en el Reino Unido a raíz del análisis de eventos adversos, llevaron a que un grupo de líderes de enfermería (clínicos, líderes ejecutivos, investigadores, líderes en política, y educadores) se reunieron para pensar cómo podrían mejorar. Este fue el primer encuentro del *International Learning Collaborative* (ILC), que tuvo lugar en el *Green Templeton College* de la Universidad de

Oxford en el 2008. El objetivo del grupo fue entender qué estaba causando que la atención de enfermería fallara en los cuidados de la salud.

A partir de allí se propuso realizar reuniones anuales; así, en el 2009 se realizó una revisión de narrativas, en el 2011 el desarrollo preliminar del marco conceptual de fundamentos del cuidado reconocido en Cochrane, en el 2012 se continuó trabajando en el marco hasta lograr su publicación en el 2013. Anualmente se han llevado a cabo reuniones con objetivos definidos, hasta que en el 2018 se logró la presentación de una definición de cuidado básico de enfermería frente a lo trabajado en el marco.

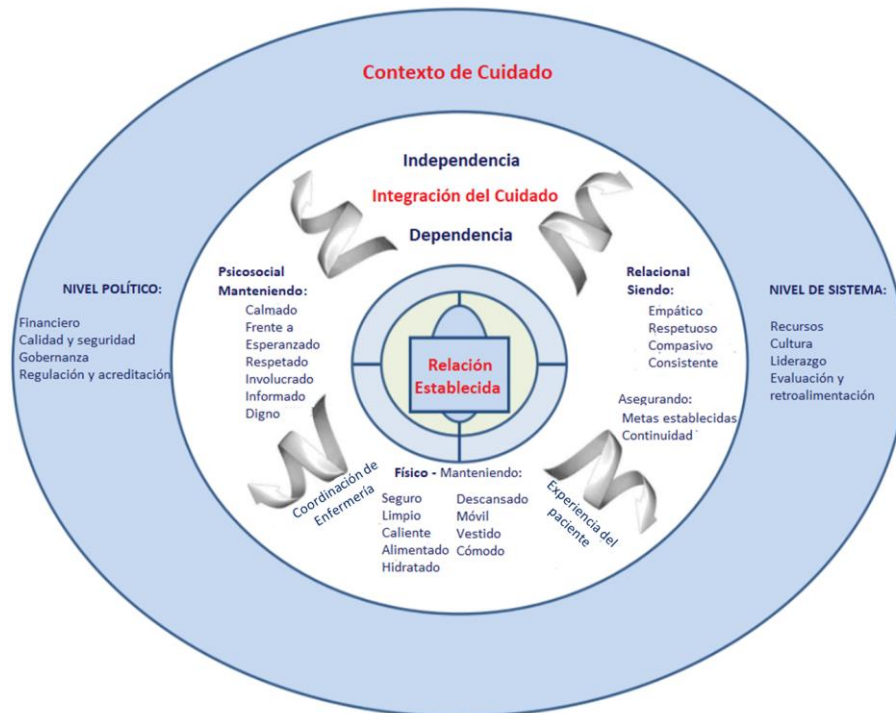
El marco captura la complejidad y multidimensionalidad de la práctica de enfermería, describiendo las acciones cotidianas de forma integrativa. Este se centra en la necesidades rutinarias o cotidianas físicas, psicosociales y relacionales de los pacientes, y ha sido descrito como esencial, teniendo en cuenta que dentro del discurso de repensar el cuidado se habla de la persona como centro de atención y el cuidado humanizado.

2.1.2 Descripción

El modelo conceptual de fundamentos del cuidado (54) se basa en la capacidad de la enfermera para conectarse con el paciente, ya que a través de esa conexión puede cumplir o ayudar al paciente a satisfacer sus necesidades de atención fundamentales. El modelo no se centra en el diagnóstico clínico, tratamientos o resultados terapéuticos. Su objetivo es permitir que el paciente y la enfermera planifiquen, implementen y evalúen con confianza y competencia las necesidades fundamentales de atención. Si bien el estado clínico del paciente afectará el desempeño de los fundamentos del cuidado, la contribución de enfermería facilita la ejecución efectiva de tales necesidades básicas de una manera competente, respetuosa, personal y empática. Esta es la base de un cuidado de enfermería eficaz que se logra a través de la alineación consciente de tres elementos centrales: establecer la relación con el paciente; poder integrar las necesidades de cuidado del paciente; y asegurar que el sistema o contexto de salud en general esté comprometido y responda a estas tareas básicas. El modelo conceptual de fundamentos del cuidado está

compuesto por círculos concéntricos que integran los elementos relacionales del núcleo con los elementos del sistema exterior.

Ilustración 2-1: Modelo conceptual de fundamentos del cuidado



Fuente: *Reclaiming and redefining the fundamentals of care* (54) Traducción propia.

Para el modelo, lo central es la relación entre la enfermera y el paciente, que se basa en un compromiso por parte de la enfermera para el cuidado del paciente. La profesional de enfermería también tiene un compromiso para comunicar lo concerniente al paciente, cuidadores y familiares. Esto asegura la coherencia y la continuidad de la atención, y cómo el paciente se mueve de la dependencia a la independencia en las actividades de cuidado cuando es posible. El núcleo interior del modelo es donde se establece el compromiso de la relación con el paciente.

La valoración inicial del paciente por parte de la enfermera se usa para construir una serie de acciones prácticas en torno a los fundamentos de la atención: abordar los aspectos físicos, como mantener al paciente limpio, cálido, alimentado, hidratado, vestido, cómodo,

móvil y seguro, así como las dimensiones psicosociales de la atención, incluida la calma y el afrontamiento, sentirse respetado, involucrado, informado y digno. Las dimensiones físicas y psicosociales de los fundamentos del cuidado están mediadas a través de la relación con cada encuentro entre el miembro del personal (enfermera) y el paciente. Las características de este encuentro son las capacidades de la enfermera y el paciente que tienen como fin establecer objetivos mutuos para cada uno de los aspectos fundamentales de la atención, y para que la enfermera demuestre empatía, respeto, compasión, consistencia y continuidad.

El círculo exterior de todo el modelo refleja la codependencia entre la relación enfermera-paciente y el sistema o contexto de salud más amplio. Aquí es donde una serie de recursos, la dotación de personal, el liderazgo y la política más amplia y cuestiones de reglamentación pueden tener un impacto en la calidad de la relación paciente enfermera. Las dimensiones del modelo de fundamentos del cuidado giran alrededor de la enfermera, el paciente, la familia y el sistema o contexto de salud. Los fundamentos del cuidado son multidimensionales y están mediados por las relaciones entre las enfermeras y los pacientes.

Para la enfermera y el paciente esta parte del marco busca establecer metas y objetivos realistas para la recuperación y la independencia óptima, así como para el bienestar (consciente de que no todos los pacientes lograrán la independencia). También se trata de garantizar la integridad entre las dimensiones físico, psicosocial y relacional de cada experiencia de atención. En una práctica un paciente puede, por ejemplo, perder el control de esfínteres debido a que una enfermera no ha atendido su llamado, o incluso no haber comido porque no pudo tomar sus alimentos. Esto afectará el nivel de confianza que el paciente tiene en la enfermera.

La justificación del marco de fundamentos del cuidado es que, si se establece una relación inicial entre la enfermera y el paciente, y si esta es positiva, hay una mayor probabilidad de que los cuidados fundamentales del paciente se estén dando de manera adecuada. Esto significa que uno de los factores clave es la capacidad de la enfermera para establecer la relación; que es justo el propósito de esta investigación.

Sin embargo, no se puede dejar de lado que parte de este proceso se ve influenciado por el contexto; se sabe que hay relación entre la calidad de la atención y la dotación del

personal, y por lo tanto, ninguno de estos elementos es nuevo. Lo novedoso en este marco es la necesidad de que cada sistema de salud tenga en cuenta la fuerza laboral de enfermería, y así, la disciplina redefine los fundamentos de su atención.

Se concluye que el modelo conceptual de fundamentos del cuidado es el marco conceptual que soporta al cuidado básico de enfermería y orienta la descripción e identificación de las relaciones entre sus dimensiones. De esta manera, se espera la comprobación del modelo conceptual expuesto.

3. Marco metodológico

Este apartado presenta los aspectos metodológicos que se contemplaron para la investigación; así mismo, incluye el diseño del estudio, los riesgos del diseño, el universo, la población, la muestra, la selección de los participantes, los instrumentos, el procedimiento de recolección de datos y los aspectos éticos.

3.1 Marco de diseño

3.1.1 Tipo de estudio

Estudio de abordaje cuantitativo correlacional descriptivo de corte transversal. Correlacional (120,121) debido a que su propósito principal fue establecer la relación y fuerza entre variables tal como existen en un entorno natural. Desde el abordaje cuantitativo no se conoce la relación entre las variables del modelo conceptual de fundamentos del cuidado, el cual corresponde al marco referencial de la presente investigación.

Descriptivo (120–122) debido a que buscó describir los elementos que componían cada una de las dimensiones del cuidado básico de enfermería (dimensiones física, psicosocial y relacional) del modelo conceptual de fundamentos del cuidado.

De corte transversal (120–122) ya que la medición de las dimensiones del cuidado básico de enfermería se dio en un único momento (tiempo planteado para la recolección de datos del estudio).

Para ello se establecieron las siguientes fases:

Tabla 3-1: Fases de la investigación

FASE	DESCRIPCIÓN
1	- Construcción del cuestionario de la dimensión física del cuidado básico de enfermería. - Planteamiento del cuestionario sociodemográfico.
2	- Validación de la aplicación de instrumentos por parte de expertos
3A	- Prueba piloto
3B	- Recolección de datos del estudio principal
4	- Análisis de la información

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional.

3.1.2 Universo, población y muestra

3.1.2.1 Universo

Personas receptoras del cuidado básico de enfermería.

3.1.2.2 Población

Personas mayores de 18 años receptores del cuidado de enfermería en los últimos seis meses en servicios de hospitalización general que cumplieron con los criterios de inclusión planteados para el estudio. Para tal efecto, y con el fin de identificar potenciales participantes, se realizó abordaje en los servicios de hospitalización, consulta externa y otros, en donde pudieran circular personas susceptibles de cumplir los criterios planteados a continuación.

3.1.3 Selección de los participantes

Criterios de inclusión

- Ser mayor de 18 años receptor de cuidado de enfermería en servicios de hospitalización general.
- Haber sido receptor de cuidado de enfermería en un tiempo previo no mayor a seis meses (tiempo determinado con el fin de evitar sesgos de medición).
- Saber leer y escribir.
- No tener dificultades para la comunicación oral y escrita.
- No tener deterioro cognitivo diagnosticado.

Criterios de exclusión

- Presentar discapacidad cognitiva.
- Presentar condiciones que puedan afectar el juicio (enfermedades psiquiátricas, enfermedades que puedan disminuir la perfusión cerebral, uso de medicamentos sedantes o hipnóticos).

3.1.4 Muestra

El cálculo del tamaño muestral se realizó con base en los procedimientos de análisis de factores y coeficientes de correlación.

En el análisis factorial exploratorio se establece que el tamaño de muestra puede ser mínimo entre 50 y 400 participantes, o de proporción de personas ítems donde suele aplicarse la “regla de los 10”, que consiste en una muestra 10 veces mayor al número de ítems y donde tradicionalmente suele incluirse 5 participantes por variable, siempre y cuando el tamaño muestral no sea inferior a 100 personas (123). Para este caso se realizó la suma de los ítems de los instrumentos de las tres dimensiones.

Tabla 3-2: Ítems de los instrumentos

DIMENSIÓN	INSTRUMENTO	NÚMERO DE ÍTEMS
DIMENSIÓN FÍSICA	Cuestionario de la dimensión física del cuidado básico de enfermería basada en un plan de cuidados estandarizado con prescripción temporal de cuidados básicos.	16
DIMENSIÓN PSICOSOCIAL	Percepción de cuidado humanizado.	32
DIMENSIÓN RELACIONAL	Escala de cuidados individualizados.	34
TOTAL ÍTEMS		82

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional.

Tomando este precepto como premisa, se realizó el análisis con 410 participantes.

Para el análisis de correlación se calculó el tamaño de muestra con el coeficiente de correlación de Pearson, asumiendo normalidad en las variables donde la expresión utilizada fue:

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right)^2 + 3$$

Explicado de la siguiente manera:

El sistema de hipótesis es: H0 cuando $\rho = 0$ Frente a H1 cuando $\rho \neq 0$.

n = tamaño de la muestra.

α : probabilidad de cometer error tipo I, al juzgar la hipótesis nula (rechazar H0 cuando en realidad es verdadera) calculada sobre 0,01.

β : probabilidad de cometer error tipo II al juzgar la hipótesis nula, (aceptar H0 cuando en realidad es falsa) calculada sobre 0,01. Determina la precisión o el poder de la prueba.

$Z_{1-\alpha/2}$ = nivel de significancia.

$Z_{1-\beta}$ = poder de la prueba.

r = valor de la correlación más próximo a 0 que se desea identificar como significativo. Para este caso $r = 0,35$.

El resultado obtenido fue de 360 participantes. Teniendo en cuenta que para el análisis factorial se contó con 410 participantes, se mantuvo el mismo tamaño muestral.

3.1.5 Instrumentos y variables

Cahill y colaboradores(124) han planteado que la investigación debe propender por mejorar los instrumentos existentes en términos de aceptabilidad y viabilidad, en vez de continuar el desarrollo de pruebas nuevas a fin de avanzar en fenómenos poco desarrollados. Por tal motivo, se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura con el fin de identificar cuál sería el instrumento más idóneo para realizar la medición de cada una de las dimensiones del cuidado básico de enfermería; una vez llevado a cabo este proceso, se seleccionaron los instrumentos que por evidencia teórica pueden reproducir las dimensiones física, psicosocial y relacional de cuidado básico de enfermería.

Cuestionario para la dimensión física del cuidado básico de enfermería

Se construyó un cuestionario para la recolección de la información relacionada con la dimensión física del cuidado básico de enfermería basada en un plan de cuidados

estandarizado con prescripción temporal de cuidados básicos (100) (ver anexo B). Este fue creado a partir de un Delphi modificado con un grupo de 35 expertos, contemplando los cuidados básicos como el elemento para la orientación de la prescripción de los cuidados e incluyendo higiene, ejercicio y movilidad, alimentación, descanso y sueño, eliminación, hemodinámica y seguridad. Esta decisión se tomó teniendo en cuenta la no existencia de instrumentos de medición para este aspecto. La equivalencia de los ítems se presenta a continuación:

Tabla 3-3: Equivalencia de los ítems dimensión física del cuidado básico de enfermería

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO CON PRESCRIPCIÓN TEMPORAL DE CUIDADOS BÁSICOS	DIMENSIÓN FÍSICA DEL CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA
Supervisión de la higiene completa una vez al día.	Limpieza personal (incluyendo cuidado bucal) y vendajes.
Control del estado adecuado de higiene una vez por turno.	Limpieza personal (incluyendo cuidado bucal) y vendajes.
Vigilancia de la integridad cutánea y promoción de los cuidados de esta.	<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza personal (incluyendo cuidado bucal / bucal) y vendajes. • Seguridad (p. ej., evaluación y gestión de riesgos, prevención de infecciones, minimización de complicaciones).
Control de la deposición.	Necesidades de aseo.
Control de la adecuada micción diaria.	Necesidades de aseo.
Confirmar que el paciente realiza las comidas completas.	Comida y bebida.
Comprobar el adecuado nivel de hidratación.	Comida y bebida.
Confirmar que el paciente es independiente para ir al servicio.	<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza personal (incluyendo cuidado) y vendajes. • Necesidades de aseo.
Confirmar que el paciente puede vestirse sin ayuda.	Necesidades de aseo.

Confirmar que puede deambular solo, con o sin ayuda de dispositivos.	Movilidad.
Estimular la deambulación una vez por turno.	Movilidad.
Comprobar en cada turno si el paciente presenta signos o síntomas de fatiga.	Comodidad (p. ej., control del dolor, respiración fácil, control de la temperatura) Seguridad (p. ej., evaluación y gestión de riesgos, prevención de infecciones, minimización de complicaciones).
Confirmar si el paciente se ajusta a los ritmos de vigilia. Descanso.	Descansa y duerme.
Establecer una relación de ayuda, preguntar por su estado general una vez por turno.	Seguridad (p. ej., evaluación y gestión de riesgos, prevención de infecciones, minimización de complicaciones).
Vigilar las condiciones de la habitación (limpieza, temperatura, orden, etc.).	Comodidad (p. ej., control del dolor, respiración fácil, control de la temperatura).
Preguntar si ha habido alguna incidencia que le haya molestado.	Comodidad (p. ej., control del dolor, respiración fácil, control de la temperatura) Seguridad (p. ej., evaluación y gestión de riesgos, prevención de infecciones, minimización de complicaciones).

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional.

El cuestionario construido fue llevado a evaluación por parte de expertos a fin de validar su uso en la investigación.

Instrumento para la dimensión psicosocial del cuidado básico de enfermería

Se utilizó el Instrumento *Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE-III)* (ver anexo C). Es un instrumento válido y confiable para ser aplicado en ámbitos hospitalarios que actualmente cuenta con tres versiones; la primera, dada

desde estudios cualitativos que mostraron la importancia de estudiar el fenómeno de cuidado humanizado, la construcción del instrumento (50 ítems) y la validez facial de contenido. La segunda (32 ítems) con pruebas de validez facial y de contenido. La tercera que tiene validez facial (aceptabilidad del 0,92), validez de contenido (0,98 por expertos), validez de constructo (análisis factorial exploratorio con tres categorías) y confiabilidad (alfa de Cronbach de 0,96). Cuenta con 32 ítems agrupados en tres categorías (calidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermera – paciente y disposición para la atención). Se ha seleccionado este instrumento debido a que los ítems allí presentados tienen relación directa con los elementos enseñados en el marco de fundamentos del cuidado. La equivalencia de los ítems se presenta a continuación:

Tabla 3-4: Equivalencia de los ítems dimensión psicosocial del cuidado básico de enfermería

<p align="center">PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA (PCHE-III)</p>	<p align="center">DIMENSIÓN FÍSICA DEL CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA</p>
<p>Los profesionales de enfermería han identificado los cambios en mis sentimientos. Los profesionales de enfermería han hecho el esfuerzo de averiguar cómo me afecta la enfermedad/estado de salud. Los profesionales de enfermería me han preguntado sobre qué quiero saber acerca de mi enfermedad/estado de salud. Los profesionales de enfermería han escuchado mis deseos personales sobre mi cuidado. Los profesionales de enfermería me han ayudado a expresar mis opiniones sobre mi cuidado. Se ha tenido en cuenta para el cuidado el modo en que me ha afectado la enfermedad/estado de salud. Se ha tenido en cuenta para mi cuidado el significado que tiene para mí la enfermedad/estado de salud. Se han tenido en cuenta en mi cuidado las opiniones que he expresado.</p>	<p align="center">Escucha activa</p>
<p>Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre mis miedos y preocupaciones. Los profesionales de enfermería me han preguntado qué cosas hago en mi vida cotidiana fuera del hospital (trabajo, actividades de ocio). Se ha tenido en cuenta para mi cuidado mi vida cotidiana fuera del hospital (trabajo, actividades de ocio).</p>	<p align="center">Siendo empático</p>

<p>Los profesionales de enfermería me han preguntado sobre mis experiencias anteriores de hospitalización. Se han tenido en cuenta para mi cuidado mis miedos y preocupaciones. Se han tenido en cuenta para mi cuidado mis anteriores experiencias de hospitalización.</p>	Compromiso con los pacientes
<p>Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre los sentimientos que he tenido acerca de mi enfermedad/estado de salud. Los profesionales de enfermería han identificado los cambios en mis sentimientos. Se han tenido en cuenta para mi cuidado los cambios en mis sentimientos. Se han tenido en cuenta en mi cuidado los deseos que he expresado.</p>	Ser compasivo
<p>Los profesionales de enfermería me han preguntado sobre mis hábitos diarios. Durante mi estancia en el hospital se han tenido en cuenta mis hábitos diarios. He podido decidir cuándo lavarme.</p>	Estar presente y con pacientes
<p>Los profesionales de enfermería me han preguntado si quiero que mi familia participe en mis cuidados. Mi familia ha participado en mi cuidado si yo he querido que lo hagan.</p>	Apoyando e involucrando a familias y cuidadores
<p>Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre el significado que tiene para mí enfermedad/estado de salud. Los profesionales de enfermería se han asegurado de que he entendido las instrucciones que he recibido en el hospital. Se han tenido en cuenta para mi cuidado las sensaciones que he tenido sobre mi enfermedad/estado de salud. He recibido de los profesionales de enfermería suficiente información sobre mi enfermedad/estado de salud. He participado en la toma de decisiones sobre mi cuidado.</p>	Ayudando a los pacientes a hacer frente
<p>Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre mis necesidades que requieren cuidados y atención. Los profesionales de enfermería me han dado la oportunidad de asumir la responsabilidad de mi cuidado hasta donde yo he podido. Los profesionales de enfermería me han ayudado a participar en las decisiones sobre mi cuidado. Los profesionales de enfermería me han preguntado en qué momento prefería lavarme. Se han tenido en cuenta para mi cuidado mis necesidades que requerían cuidados y atención. He asumido la responsabilidad de mi cuidado hasta donde he podido.</p>	Trabajar con los pacientes para establecer, lograr y evaluar el progreso de los objetivos
<p>He entendido las instrucciones que me han dado en el hospital.</p>	Ayudando a los pacientes a mantener la calma

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional.

Instrumento para la dimensión relacional del cuidado básico de enfermería

El *Individualized Care Scale ICS-paciente* (102) es un instrumento que mide la percepción recibida por las personas sobre el apoyo a través de actividades específicas de enfermería y el cuidado individualizado (ver anexo C). Fue creado en Finlandia por Rita Suhonen y colaboradores en el año 2000. Es una escala bipartita compuesta por dos subescalas; la parte A refleja la individualidad del paciente frente a las intervenciones específicas de enfermería y la parte B la percepción de las personas frente a la individualidad en su atención durante la hospitalización. Se compone de 34 ítems que se evalúan mediante escala tipo Likert con las opciones de respuesta: completamente en desacuerdo (1 punto), en desacuerdo (2 puntos), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3 puntos), de acuerdo (4 puntos), muy de acuerdo (5 puntos). En su versión original el instrumento es confiable según un coeficiente alfa ordinal para toda la escala de 0,966 (intervalo de confianza del 95 %: 0,955-0,975) para ICS-A y 0,969 (intervalo de confianza del 95 %: 0,959-0,977) para ICS-B. Cuenta con validez interna por un valor de KMO de 0,888 para el ICSA y 0,916 para el ICS-B. Las pruebas de Bartlett indican que la correlación entre los ítems es suficientemente grande ($p < 0,001$). La validez de constructo muestra un análisis factorial con tres factores que explican el 75,248 % y el 76,497 % de la varianza en las 17 variables originales, respectivamente.

El instrumento cuenta con traducción a varios idiomas, entre los que se encuentran el finlandés, sueco, turco, alemán, inglés, griego, y español (103). Esta última versión fue adaptada transculturalmente para su uso en Colombia por Díaz y Arango (125) y cuenta con pruebas de validez facial y de contenido superior a 0,80 en cada una de las variables evaluadas; validez de constructo con varianza explicada de componentes extraídos superior al 50 % que supone un resultado satisfactorio y confiabilidad en términos de consistencia interna estimada mediante coeficiente alfa de Cronbach con valores de 0,935 para la parte A y 0,919 para la parte B.

Se selecciona este instrumento teniendo en cuenta su trayectoria, la consistencia global que reflejan sus pruebas de validez en el idioma original, así como en su adaptación al

español que, sumado a las pruebas de validez en el contexto colombiano y la pertinencia frente al tema a tratar, lo hacen idóneo para la recolección de datos de la dimensión relacional.

Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería

Se diseñó un cuestionario de datos sociodemográficos basado en la encuesta nacional de demografía y salud (126) Se incluyeron las variables de edad, sexo, raza o grupo étnico, ciudad de residencia, nacionalidad, zona de residencia, estrato socioeconómico, afiliación a salud, estado civil, escolaridad alcanzada, credo que profesa y ocupación.

Tabla 3-5: Tabla de variables, definición operativa y escala de medición

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN
DIMENSIÓN FÍSICA	Cuestionario basado en un plan de cuidados estandarizado con prescripción temporal de cuidados básicos (100)	Escala Likert con valores entre 0 y 4. Siempre (=5), casi siempre (=4), algunas veces (=1), nunca (=0).
DIMENSIÓN PSICOSOCIAL	Instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE-III) (101)	Escala Likert con valores entre 0 y 4. Siempre (=5), casi siempre (=4), algunas veces (=1), (=0) nunca.
DIMENSIÓN RELACIONAL	Versión colombiana de la escala de cuidado individualizado ICS-Paciente (125).	Escala Likert con valores entre 0 y 5. Totalmente en desacuerdo (=0), en desacuerdo (=1), ni de acuerdo ni en desacuerdo (=2,5), de

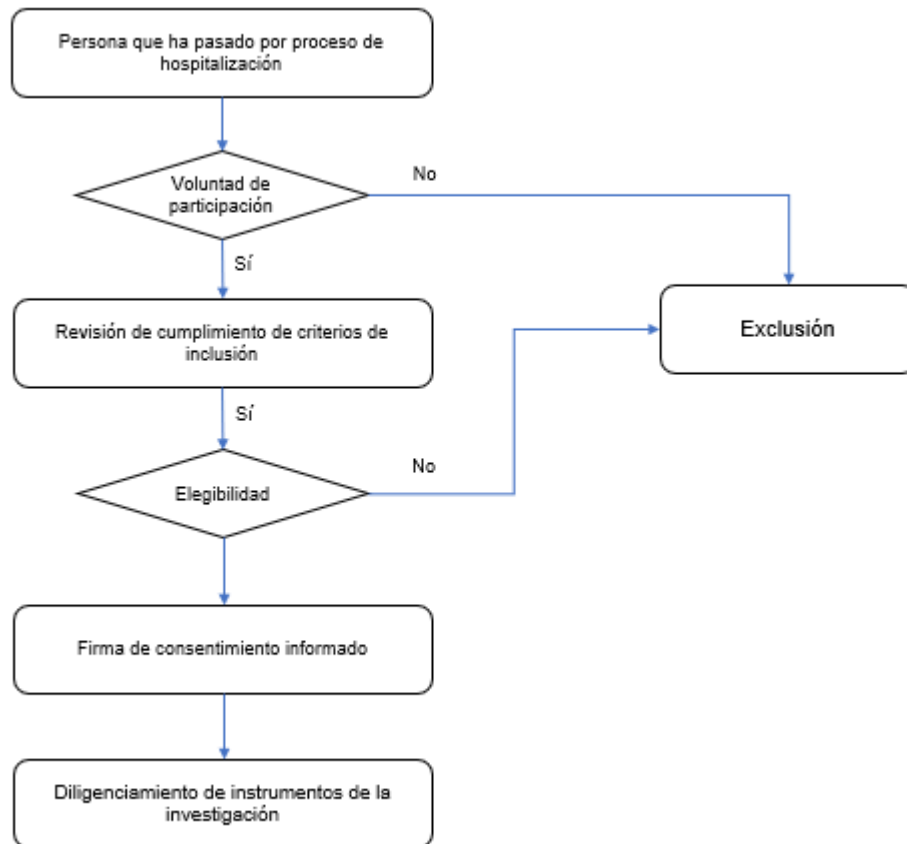
		acuerdo (=4), totalmente de acuerdo (=5).
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	Variables de edad, sexo, raza o grupo étnico, ciudad de residencia, nacionalidad, zona de residencia, estrato socioeconómico, afiliación a salud, estado civil, escolaridad alcanzada, credo que profesa y ocupación.	Tablas de distribución de frecuencia absoluta y en porcentajes.

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional.

3.2 Procedimiento de recolección y análisis de datos

Posterior a la consecución del aval ético por parte del comité de ética de la Universidad Nacional de Colombia y de la institución prestadora de servicios de salud, se llevó a cabo la búsqueda de las personas que cumplieran los criterios de inclusión y que aceptaron su participación en el estudio. Durante la pandemia por COVID-19 las personas con esta patología fueron relevantes debido a la alta incidencia de la enfermedad.

Se llevó a cabo una prueba piloto con cinco personas donde se estimó el tiempo promedio que podría utilizarse con cada participante, se abordaron las inquietudes que podrían presentar las personas y se establecieron algunas situaciones que podrían ser incómodas durante la recolección de información. Para promover una investigación amigable con el medio ambiente se planteó ahorrar papel mediante el uso de consentimiento informado con firma digital y recolección de datos con uso de herramientas digitales. Sin embargo, para los participantes que manifestaron su incomodidad frente al uso de herramientas tecnológicas, se utilizaron consentimientos e instrumentos en papel.

Gráfico 3-1: Flujograma selección participantes

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional.

3.3 Consideraciones éticas

Para el desarrollo de la presente investigación se plantearon los lineamientos éticos establecidos para la investigación clínica a nivel nacional e internacional que se mencionan a continuación:

- **Ley 911 de 2004** (10): hace referencia a la responsabilidad del profesional de enfermería en la investigación y la docencia, artículos 6 (uso de consentimiento

informado) (ver anexo 5), 29 (dignidad, integridad y derechos fundamentales durante la investigación), 30 (investigación con población vulnerable) y 34 (propiedad intelectual). Para el caso de la presente investigación, la investigadora principal ha tenido entrenamiento en investigación y su directora de tesis cuenta con amplia y reconocida trayectoria en docencia e investigación.

- **Política de ética, bioética e integridad científica Colciencias (127):** referencia la política de ética, bioética e integridad científica para Colombia y la necesidad de contar con una cultura que promueva la reflexión sobre la importancia y la pertinencia de la ciencia y tecnología conforme a los lineamientos éticos y la adopción de buenas prácticas científicas que propendan por su calidad y excelencia. El proyecto de investigación contó con retroalimentación permanente del programa de doctorado en enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y su estructura, y por consiguiente, los planteamientos de significancia social, teórica y disciplinar se encuentran ampliamente soportados.
- **Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (128):** referencia de las pautas éticas para la investigación en seres humanos planteadas por esta organización y que incluyen el valor social y científico de la investigación planteado en las significancias social, teórica y disciplinar, la obtención del consentimiento informado que fue aplicado a cada uno de los participantes (ver anexo H), la información esencial que debe brindarse a potenciales sujetos de investigación y que para el caso de esta investigación consistió en mencionar las obligaciones de patrocinadores e investigadores, los beneficios y riesgos de participar en un estudio, el manejo y uso de datos obtenidos en entornos en línea y de herramientas digitales en la investigación relacionada con la salud y la protección de la confidencialidad.
- **Resolución 8430 de 1993 (129):** referencia de aspectos relacionados con “investigación en seres humanos” y “aspectos éticos de la investigación en seres humanos”. Según los criterios del Ministerio de Salud, la aplicación de cuestionarios para la recolección de datos como es el caso de esta investigación, es clasificada como investigación sin riesgo.

- **Resolución 13437 de 1991** (130): referencia al respeto por los derechos de los sujetos de investigación, haciendo especial énfasis en la aceptación o no en la participación de estudios de investigación, evidente en el consentimiento informado (ver anexo 6).
- **Acuerdo 035 de 2003**: referencia a la propiedad intelectual en la Universidad Nacional de Colombia en cuanto a derechos de autor y conexos, así como la existencia de conflicto de intereses. Para tal efecto, se tramitó el aval de uso del plan de cuidados estandarizados con prescripción temporal de cuidados básicos y de los instrumentos *escala de cuidados individualizados* versión en español (ver anexo) y *Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería* (PCHE) 3ª versión (ver anexos E y G).
- Se solicitó aval institucional de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en su comité asesor de posgrados, así como en el de ética, siguiendo los postulados planteados por estas instancias.
- Se tramitó aval institucional para la recolección de datos al comité de ética en investigación de una institución prestadora de servicios de salud (ver anexo 8).

En cuanto a los principios éticos de la investigación, se plantearon los siguientes como reflejo a los aspectos éticos descritos anteriormente:

- **Veracidad**: el diseño contiene los elementos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la investigación en términos de coherencia, respeto por los derechos humanos y respeto intelectual (ver anexo 9).
- **Respeto a la autonomía**: se garantizó a través de la participación voluntaria en el estudio, la firma del consentimiento informado (ver anexo H) creado para esta investigación, la libertad del participante de hacer preguntas y la opción de retirarse en el momento que así lo considerara sin consecuencia alguna. De igual manera, se garantizó en el mantenimiento de la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes mediante la asignación de un número descrito en el

consentimiento informado, conservando bajo reserva y de acceso exclusivo a la investigadora principal y su directora los datos que puedan llevar a su identificación. El análisis de información se realizará con el número asignado.

- **Justicia:** mediante la selección de los participantes de manera aleatoria conforme al tipo de muestreo seleccionado, sin ningún tipo de discriminación, evitando condiciones de vulnerabilidad que pudieran resultar en el beneficio o desventaja de unos u otros garantizando la igualdad.
- **Beneficencia y reciprocidad:** se espera que el beneficio del presente estudio se vea reflejado en la descripción de las variables y relaciones entre variables del cuidado básico de enfermería, y que todo el proceso desde el planteamiento de la investigación hasta el análisis de resultados represente un beneficio para la sociedad.
- **No maleficencia:** al catalogarse como una investigación de bajo riesgo ya que se “emplean técnicas y métodos de investigación en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas, sociales o sensitivas” (62), no se provocó daño, lesión vital ni sufrimiento psicológico. En el momento en que algún participante se sintió incómodo frente a alguna situación producto de la investigación y consideró que se encuentra expuesto ante algún riesgo, se suspendió la recolección de información.
- **Fidelidad:** se cumplieron de los compromisos adquiridos con toda la investigación en cada una de sus fases; con las personas participantes se preservó la intimidad restringiendo el acceso a la información únicamente a la investigadora y su asesora.

3.4 Sesgos del estudio

El sesgo es la influencia que produce distorsión en los resultados de un estudio, estos pueden poner en riesgo la validez de la investigación (131). A continuación, se presentan las medidas que se tuvieron en cuenta para minimizar los sesgos y mantener el control de la investigación.

Tabla 3-6: Sesgos del estudio

SESGOS(131)	DEFINICIÓN	CONTROLES
SESGO DE CONFORMIDAD:	Sesgo en el que el participante acepta todas las declaraciones sin importar el contenido (decir sí a todo).	Se acompañó al participante en el diligenciamiento de cada cuestionario para hacer las aclaraciones pertinentes, en caso de que se requirieran.
SESGO DE DESEABILIDAD SOCIAL	Sesgo en el cual el participante busca representar sus opiniones en la dirección de las respuestas consistentes con las normas sociales predominantes.	Se diligenciaron los instrumentos de manera individual y confidencial.
SESGO DE DISCONFORMIDAD	Sesgo en el que el participante siempre está en desacuerdo con todas las declaraciones (decir no a todo).	Se acompañó al participante en el diligenciamiento de cada cuestionario para hacer las aclaraciones pertinentes, en caso de que se requirieran.
SESGO DE EXPECTATIVA	Sesgo que surge cuando los participantes o investigadores tienen expectativas notorias sobre la investigación que pueden derivar en comunicación o comportamientos alterados.	Se leyeron los ítems de los cuestionarios sin dar ejemplos.
SESGO DE MUESTREO	Sesgo que se genera cuando la muestra no es representativa de la población de la cual se obtuvo.	Los criterios de inclusión buscaron que la muestra fuera homogénea. El tamaño de la muestra fue calculado de manera preliminar durante el

		planteamiento del proyecto de tesis y revisado posteriormente.
SESGO DE PUBLICACIÓN	Sesgo derivado de estudios publicados con exceso de hallazgos estadísticamente significativos.	No se cuenta con otros estudios que presenten hallazgos estadísticos.
SESGO DE RESPUESTA Y RESPUESTA EXTREMA	Sesgo derivado de la tendencia de algunas personas de responder de manera característica (siempre concuerdan) o seleccionar opciones de respuesta extrema.	Se acompañó en el diligenciamiento de cada cuestionario para hacer las aclaraciones pertinentes, en caso de que se requirieran.
SESGO POR FALTA DE RESPUESTA	Sesgo que se genera cuando los participantes no responden.	La investigadora y auxiliares de investigación verificaron que los instrumentos fueran diligenciados en su totalidad.
SESGO DE INSTRUMENTALIZACIÓN	Sesgo que se genera al no utilizar los instrumentos más adecuados para dar respuesta al fenómeno en estudio.	Se hizo una exhaustiva revisión de literatura a fin de encontrar los instrumentos más adecuados para dar respuesta al proyecto de investigación. Los instrumentos seleccionados fueron validados para su uso con un grupo de expertos. Los instrumentos seleccionados cuentan con pruebas de validez sólidas y han sido ampliamente utilizados. Se llevó a cabo una prueba piloto que permitió realizar ajustes frente al uso de instrumentos.

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional.

3.5 Medios de divulgación del conocimiento

Se planteó realizar la divulgación de los resultados de la investigación mediante la disposición del documento tesis de doctorado a través del repositorio institucional, con la publicación de un artículo de investigación, la participación en un evento científico de carácter nacional e internacional, la devolución de información a los participantes y en la institución fuente de recolección de información con la presentación de resultados finales.

3.6 Marco de análisis

A continuación, se describen los procedimientos desarrollados para dar cumplimiento a los objetivos del estudio.

- Se generó una base de datos de trabajo en Excel®, su posterior análisis se dio mediante el software estadístico SPSS® versión 25.
- Se llevó a cabo la caracterización de los participantes mediante estadística descriptiva, tales como medidas de tendencia central y de dispersión para las variables sociodemográficas.
- Objetivo específico 1: para la descripción de la dimensión física del cuidado básico de enfermería se utilizó estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central como media aritmética y media geométrica y medidas de dispersión como varianza, desviación estándar, valores mínimos y máximos.
- Objetivo específico 2: para la descripción de la dimensión psicosocial del cuidado básico de enfermería se utilizó estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central como media aritmética y media geométrica, y medidas de dispersión como varianza, desviación estándar, valores mínimos y máximos.
- Objetivo específico 3: para la descripción de la dimensión relacional del cuidado básico de enfermería se utilizó estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central como media aritmética y media geométrica, y medidas de dispersión como varianza, desviación estándar, valores mínimos y máximos.

- Para el cumplimiento de los tres objetivos anteriores y con el fin de confirmar la pertinencia de los ítems evaluados dentro de cada dimensión, fue llevado a cabo análisis factorial exploratorio mediante el método de extracción de factores por componentes principales, utilizando como factores a extraer tres correspondientes al número de instrumentos utilizados. Para la rotación de factores se seleccionó el tipo ortogonal (Varimax) con normalización de Kaiser debido a que los valores representan la relación entre factores y variables de una manera simple.
- Objetivo específico 4: para la identificación de la relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería se llevó a cabo el establecimiento del diferencial semántico de Charles Oswood, para la asignación de valores numéricos a las escalas; teniendo en cuenta que las escalas de medición no eran equivalentes debido a que la sumatoria de los ítems daba como resultado valores diferentes a cada una de las escalas, se construyeron variables estandarizadas para los puntajes resultantes a fin de garantizar medidas con el mismo valor. Se calculó el tamaño de la muestra para análisis de correlación, asumiendo una distribución gaussiana en las variables debido a que no se conocía el comportamiento de las variables en la población. Previo al análisis de la información y con el objetivo de definir la estadística a utilizar, se llevó a cabo la prueba de Kolmogorov – Smirnov, determinando que no había ajuste gaussiano y, por tanto, el uso de estadísticos no paramétricos.
- El análisis correlacional bivariado se llevó a cabo mediante coeficiente de correlación de Spearman.

4. Resultados

A continuación, se presentan los resultados de acuerdo con los objetivos propuestos en la investigación.

4.1 Juicio de expertos para uso de instrumentos

Se llevó a cabo un juicio de expertos con cinco de ellos que aceptaron la invitación a hacer parte del proceso a fin de validar si los instrumentos seleccionados eran los adecuados para recolectar la información de cada dimensión y no validar los instrumentos en sí; para tal efecto se utilizó la validez de contenido; cada uno registró su percepción acerca de los criterios de claridad, coherencia, relevancia y suficiencia en un documento elaborado previamente (ver anexo M), esto teniendo presente lo planteado por Juárez y colaboradores (132) que:

“El procedimiento comúnmente empleado para determinar la validez de contenido es denominado “Juicio de expertos”, el cual se ha referido como solicitar a un conjunto de personas la demanda de un juicio hacia un objeto, un instrumento, un material de enseñanza, o su opinión respecto a un aspecto concreto. Específicamente para instrumentos de investigación, la consulta a expertos es la vía más usual para apreciar la calidad del contenido de este. El juicio de expertos es representado por personas con un alto grado de conocimientos sobre una temática, y quienes analizan un instrumento con el propósito de estudiar la exactitud con que puede hacerse medidas significativas y adecuadas con el mismo, y que mida el rasgo que se pretende medir.

En concordancia con lo anterior se refiere que el juicio de expertos presenta una

serie de ventajas, como lo son la teórica calidad de la respuesta que se obtiene del experto, el nivel de profundización de la valoración que se ofrece, su facilidad de puesta en acción, la no exigencia de grandes requisitos técnicos y humanos para su ejecución. El objetivo básico del juicio es la evaluación que indique en qué medida los elementos creados son representativos del constructo objetivo y el grado en que estos elementos representan la faceta del constructo para el que fueron desarrollados, es decir, su relevancia. Se trata de una técnica cuya realización adecuada constituye a veces el único indicador de validez de contenido del instrumento de investigación, de ahí que resulte de gran utilidad en la valoración de aspectos de orden cualitativo” (132).

Estos datos fueron llevados a análisis mediante los estadísticos Índice de Lawshe modificado y Coeficiente de V de Aiken y Kappa de Fleiss.

El *Índice de Lawshe modificado* es el juicio determinante sobre lo fundamental que puede ser un ítem o instrumento para llevar a cabo una medición; cada experto brinda su opinión sobre las categorías en las cuales ha sido invitado a participar y a partir de ello se determinan las coincidencias y divergencias presentes. Para establecer el consenso en la categoría “esencial”, Lawshe propone la Razón de Validez de Contenido (*Content Validity Ratio*, CVR): donde n_e = número de expertos que tienen acuerdo en la categoría “esencial” y N = número total de expertos. Se considera aceptable un ítem o un instrumento que tiene por lo menos un 58 % de favorabilidad, es decir CVR igual o superior a 0,58 (133).

El modelo de Lawshe suele ser útil en términos de calidad de un instrumento; sin embargo, presentaba dificultades en la aplicación con un número reducido de expertos, por lo que el modelo modificado corrige las dificultades del modelo original (Lawshe modificado), normalizando y definiendo un nuevo indicador del acuerdo entre los expertos. El modelo de Lawshe modificado ha sido empleado desde el 2003 para dictaminar la validez de contenido de pruebas objetivas, y su uso se ha extendido a fenómenos propios de enfermería (134).

El estadístico Kappa De Fleiss proporciona una medida de acuerdo entre expertos y se utiliza cuando las variables están dadas en una escala nominal. Los rangos se dan entre

0 y 1 (135). Si el valor se encuentra en 1, el significado es una concordancia perfecta (100 % de acuerdo o total acuerdo) y, por tanto, la proporción de azar es cero; en valores en descenso, la proporción esperada por azar se hace igual a la proporción observada. No se debe confundir el Kappa de Fleiss con la concordancia de evaluación por parte de expertos. Debido a que cada uno de los aspectos es independiente para cada experto, es posible que la evaluación pueda ser diferente, pero la finalidad es un consenso de parte de los expertos; la medición hace referencia al jurado pero no a los ítems.

Tabla 4-1: Interpretación valores Kappa de Fleiss

Valor de k	Fuerza de la concordancia
<0,20	Pobre
0,21 – 0,40	Débil
0,41 – 0,60	Moderada
0,61 – 0,80	Buena
0,81 – 1,00	Muy buena

Fuente: López de Ullibarri Galparsoro I, Pita Fernández S. Investigación: Medidas de concordancia: el índice de Kappa 1/5 Medidas de concordancia: el índice de Kappa [Internet]. 1999.

El estadístico Coeficiente V de Aiken cuantifica la relevancia y magnitud de la validez de contenido calculando valores entre 0,00 hasta 1,00; el valor 1,00 es la mayor magnitud posible reflejando un acuerdo perfecto entre expertos (136). El intervalo de confianza para la V de Aiken permite probar si la magnitud obtenida del coeficiente es superior a la establecida como mínimamente aceptable para concluir sobre la validez de contenido de un elemento. Este estándar puede estar en un nivel liberal de $V_0 = 0,50$, o en un nivel más conservador, como $V_0 = 0,70$ o más.

A continuación, se presenta el consolidado de los valores de Índice de Lawshe modificado, Coeficiente V de Aiken y Kappa de Fleiss para los parámetros de claridad, coherencia, relevancia y suficiencia que fueron los criterios a evaluar (ver anexo M).

Tabla 4-2: Juicio de expertos, parámetro claridad

Claridad			
Prueba	Dimensión física	Dimensión psicosocial	Dimensión relacional
Índice de Lawshe modificado	1	1	0,8
Coefficiente V de Aiken	1	1	0,9
Kappa de Fleiss	0,81		

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Juicio de expertos para uso de instrumentos. Programa SPSS versión. 25.0.

El índice de Lawshe modificado arrojó un valor de 1 (acuerdo perfecto) para los instrumentos de la dimensión física y psicosocial, y 0,8 (acuerdo sustancial) para la dimensión relacional, lo cual los valida como claros a la luz de lo evidenciado por los expertos.

El estadístico de Kappa de Fleiss arrojó un valor global de 0,81 (concordancia muy buena) para los tres instrumentos, lo que los hace claros de acuerdo con lo manifestado por los expertos.

El coeficiente V de Aiken arrojó un valor de 1 para los instrumentos de la dimensión física y psicosocial y 0,8 para la dimensión relacional, lo cual los acepta como claros teniendo en cuenta lo evidenciado por los expertos.

Tabla 4-3: Juicio de expertos, parámetro coherencia

Coherencia			
Prueba	Dimensión física	Dimensión psicosocial	Dimensión relacional
Índice de Lawshe modificado	1	1	0,8
Coefficiente V de Aiken	1	1	0,9
Kappa de Fleiss	0,81		

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Juicio de expertos para uso de instrumentos. Programa SPSS versión. 25.0.

El índice de Lawshe modificado arrojó un valor de 1 (acuerdo perfecto) para los instrumentos de la dimensión física y psicosocial, y 0,8 (acuerdo sustancial) para la dimensión relacional, lo cual los valida como coherentes a la luz de lo evidenciado por los expertos.

El estadístico de Kappa de Fleiss arrojó un valor global de 0,81 (concordancia muy buena) para los tres instrumentos, lo que los hace coherentes teniendo en cuenta lo manifestado por los expertos.

El coeficiente V de Aiken arrojó un valor de 1 para los instrumentos de la dimensión física y psicosocial, y 0,9 para la dimensión relacional, lo cual los acepta como coherentes de acuerdo con lo evidenciado por los expertos.

Tabla 4-4: Juicio de expertos, parámetro relevancia

Relevancia			
Prueba	Dimensión física	Dimensión psicosocial	Dimensión relacional
Índice de Lawshe modificado	1	1	0,8
Coefficiente V de Aiken	1	1	0,9
Kappa de Fleiss	0,81		

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Juicio de expertos para uso de instrumentos. Programa SPSS versión. 25.0.

El índice de Lawshe modificado arrojó un valor de 1 (acuerdo perfecto) para los instrumentos de la dimensión física y psicosocial, y 0,8 (acuerdo sustancial) para la dimensión relacional lo cual los valida como relevantes a la luz de lo evidenciado por los expertos.

El estadístico de Kappa de Fleiss arrojó un valor global de 0,81 (concordancia muy buena) para los tres instrumentos, lo que los hace relevantes teniendo presente lo manifestado por los expertos.

El coeficiente V de Aiken arrojó un valor de 1 para los instrumentos de la dimensión física y psicosocial, y 0,9 para la dimensión relacional, lo cual los acepta como relevantes a la luz de lo evidenciado por los expertos.

Tabla 4-5: Juicio de expertos, parámetro suficiencia

Suficiencia			
Prueba	Dimensión física	Dimensión psicosocial	Dimensión relacional
Índice de Lawshe modificado	0,8	1	0,8
Coefficiente V de Aiken	0,9	1	0,9
Kappa de Fleiss	0,64		

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Juicio de expertos para uso de instrumentos. Programa SPSS versión. 25.0.

El índice de Lawshe modificado arrojó un valor de 0,8 (acuerdo sustancial) para los instrumentos de la dimensión física y relacional, y 1 (acuerdo perfecto) para la dimensión psicosocial, lo cual los valida como suficientes a la luz de lo evidenciado por los expertos.

El estadístico de Kappa de Fleiss arrojó un valor global de 0,64 (concordancia buena) para los tres instrumentos, lo que los hace suficientes teniendo en cuenta lo manifestado por los expertos.

El coeficiente V de Aiken arrojó un valor de 1 para los instrumentos de la dimensión física y psicosocial, y 0,8 para la dimensión relacional, lo cual los acepta como suficientes de acuerdo con lo evidenciado por los expertos.

4.2 Prueba piloto

La prueba piloto se llevó a cabo con 10 participantes que habían sido receptores del cuidado de enfermería en un tiempo menor a seis meses (5 mujeres y 5 hombres), cuyas edades estaban entre los 18 y 60 años. Durante la aplicación de los instrumentos en este grupo se ajustaron aspectos relacionados con el tiempo de aplicación, condiciones

propicias para la aplicación de los instrumentos, horas de captación de las personas y todas aquellas situaciones que en el trabajo de campo pudieran afectar la captación de la información.

4.3 Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería

Se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos a un total de 412 participantes; luego de la revisión de la calidad del dato fueron descartados 6 (1,4%), conservando para el análisis 406 como muestra total del estudio.

La caracterización se dio con la recolección de información del cuestionario de datos sociodemográficos basado en la encuesta nacional de demografía y salud (10) diseñado para la investigación. Se incluyeron las variables de edad, sexo, raza o grupo étnico, ciudad de residencia, nacionalidad, zona de residencia, estrato socioeconómico, afiliación a salud, estado civil, escolaridad alcanzada, credo que profesa y ocupación.

Tabla 4-6: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería - edad

N	406	
Media	42,66	
Mediana	40,00	
Moda	35	
Desviación estándar	15,634	
Rango	69	
Mínimo	18	
Máximo	87	
Percentiles	25	30
	50	40
	75	55

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Encuesta de caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería. Programa SPSS versión. 25.0.

Se indagó por la edad con el fin de identificar el número de personas de cada grupo de participantes, quienes tuvieron un promedio de edad de 42,6, lo que sugiere una agrupación de la mayoría de las edades alrededor de ese valor con una desviación estándar de 15,634, dando como resultado un coeficiente de variación de 36,5 %, equivalente a la variación promedio de la edad con respecto a la media. La edad mínima fue de 18 y máxima de 87, lo que permite identificar un rango amplio de edades entre los participantes. El 50 % tiene menos de 40 años y la mayoría de las personas participantes se encuentran en edades entre 30 y 55 años.

Tabla 4-7: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería – edad agrupada por quinquenios

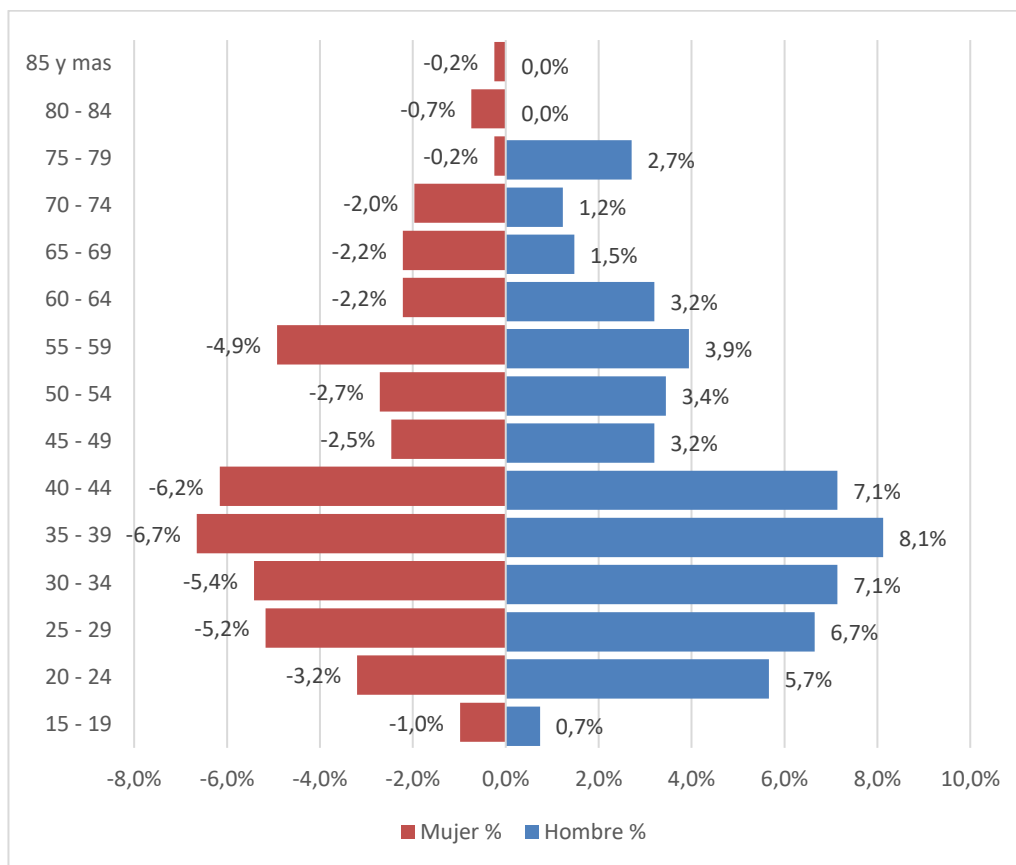
Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
15 – 19*	7	1,7 %	1,7 %
20 - 24	36	8,9 %	10,6 %
25 - 29	48	11,8 %	22,4 %
30 - 34	51	12,6 %	35,0 %
35 - 39	60	14,8 %	49,8 %
40 - 44	54	13,3 %	63,1 %
45 - 49	23	5,7 %	68,7 %
50 - 54	25	6,2 %	74,9 %
55 - 59	36	8,9 %	83,7 %
60 - 64	22	5,4 %	89,2%
65 - 69	15	3,7%	92,9 %
70 - 74	13	3,2 %	96,1 %
75 - 79	12	3,0 %	99 %
80 - 84	3	0,7 %	99,8 %
85 y mas	1	0 %	100 %
Total	406	100 %	

*Personas entre 18 y 19 años de acuerdo con criterio de inclusión del estudio

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Encuesta de caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería. Programa SPSS versión. 25.0.

La distribución de edades de los participantes del estudio se agrupó por quinquenios, lo que permite ver un número heterogéneo en las edades de los participantes, donde el 63,1 % de los participantes son menores de 44 años. Los grupos de edad con mayor participación en el estudio correspondían a personas entre 35 y 39 años con 14,8 %; 40 y 44 años con 13,3 %; 30 y 34 años con el 12,6 %; y 25-29 años con el 11,8 %. Estos grupos de edad suman el 52,25 % de todos los participantes.

Gráfico 4-1: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería – edad agrupada por sexo



Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022) Encuesta de caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería. Programa SPSS versión. 25.0

En las edades organizadas en quinquenios discriminadas por sexo, los hombres representan 54,7 %, mientras que las mujeres el 45,3 %. Se observa una pirámide en forma de bulbo que no representa exactamente la población del país, pero sí la población de estudio, donde la mayoría de los hombres que participaron se encuentran entre los 20 y 44 años, y la mayoría de las mujeres entre 25 y 44 años.

Tabla 4-8: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería – ciclo de vida

Ciclo de vida	Frecuencia	Porcentaje
Jóvenes	63	15,5 %
Adultos	277	68,2 %
Personas mayores	66	16,3 %
Total	406	100 %

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Encuesta de caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería. Programa SPSS versión. 25.0.

Según la clasificación del Ministerio de Salud y Protección Social por ciclo vital, los participantes se agruparon como jóvenes en edades entre 14 y 26 años (en este estudio edad mínima de 10 años), adultos de 27 a 59, y personas mayores con 60 o más años. Esta clasificación aborda las etapas del ciclo vital en términos de la vulnerabilidad producida por la condición etérea; las situaciones de vulnerabilidad temporales como desplazamiento, pobreza y enfermedades que afectan a la población. En el estudio la mayoría de los participantes pertenece a grupo de adultos y representan las personas clasificadas como laboralmente activas; los jóvenes y las personas mayores correspondieron al 31,8 %.

Tabla 4-9: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería – sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Media edad	Desv. estándar edad
Hombre	222	54,7 %	41,96	15,6
Mujer	184	45,3 %	43,51	15,7
Total	406	100 %		

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Encuesta de caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería. Programa SPSS versión. 25.0.

Si bien el 54,7 % corresponde a los hombres participantes en el estudio, se pueden considerar porcentajes proporcionales y permiten hacer una comparación discriminada por sexo entre las diferentes dimensiones del cuidado básico de enfermería. La media de edad en las mujeres fue mayor que en los hombres; sin embargo, la dispersión de las edades es similar en ambos sexos.

Tabla 4-10: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería – estrato

Estrato	Frecuencia	Porcentaje
Tres	202	49,8 %
Dos	126	31,0 %
Uno	37	9,1 %
Cuatro	32	7,9 %
Cinco	7	1,7 %
Seis	2	0,5 %
Total	406	100 %

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Encuesta de caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería. Programa SPSS versión. 25.0.

En el estudio participaron personas de todos los estratos socioeconómicos, la mayor participación corresponde a personas de estrato dos y tres que suman el 80,8 % de todos los participantes, los estratos cinco y seis representan el 2,2 %, y los estratos uno y cuatro el 17 %.

Tabla 4-11: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería – raza

Raza	Frecuencia	Porcentaje
Mestizo	275	67,7 %
Blanco	111	27,3 %
Negro mulato afrocolombiano afrodescendiente	12	3,0 %
Indígena	1	0,2 %
Moreno	1	0,2 %
Raizal	1	0,2 %
Otra	4	0,7 %
Total	406	100 %

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Encuesta de caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería. Programa SPSS versión. 25.0.

Teniendo en cuenta la clasificación presentada en la encuesta nacional de demografía y salud, se encontró que el 67,7 % de las personas participantes en el estudio se identifican como mestizas, el 32,3 % representa a personas identificadas como blancos, negros, mulatos afrocolombianos afrodescendientes, indígenas, moreno, raizales y otros.

Tabla 4-12: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería – lugar de residencia

Lugar de residencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	368	90,6 %
Rural	38	9,4 %
Total	406	100 %

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Encuesta de caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería. Programa SPSS versión. 25.0.

El estudio se desarrolló con personas receptoras de cuidado de enfermería en los últimos seis meses; el 90,6 % corresponde a personas que refieren que su sitio de residencia fue cercano al lugar de hospitalización; no obstante, un reducido número de personas refiere haber estado hospitalizada en un sitio diferente a su lugar habitual de residencia.

Tabla 4-13: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería – aseguramiento

Aseguramiento	Frecuencia	Porcentaje
EPS contributivo	332	81,8 %
EPS subsidiado	60	14,8 %
Especial	5	1,5 %
Excepción	2	1,2 %
No afiliado	1	0,5 %
No sabe	6	0,2 %
Total	406	100 %

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Encuesta de caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería. Programa SPSS versión. 25.0.

El 99,3 % de los participantes refirió haber contado con algún tipo de afiliación al sistema general de seguridad social en salud.

Tabla 4-14: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería – escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	82	20,2 %
Técnica	75	18,5 %
Profesional	59	14,5 %
Secundaria incompleta	38	9,4 %
Tecnológica	38	9,4 %
Prefiero no decirlo	35	8,6 %
Primaria completa	24	5,9 %
Especialización	20	4,9 %
Primaria incompleta	19	4,7 %
Maestría	13	3,2 %
Ninguna	3	0,7 %
Total	406	100 %

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Encuesta de caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería. Programa SPSS versión. 25.0.

En la tabla se puede observar que la escolaridad secundaria completa correspondiente al 20,2 % fue la respuesta más común entre los participantes, y esta categoría junto con los técnicos y profesionales representan la mayoría de los participantes, suma el 53,2 %. Por otra parte, el porcentaje de personas con estudios posgraduales fue del 8,1 % correspondiente a especialización y maestría; si bien en la aplicación de los instrumentos se indagó por estudios de doctorado, ningún participante refirió contar con este nivel de formación.

Tabla 4-15: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería – estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	158	38,9 %
Casado	122	30,0 %
Unión libre	80	19,7 %
Separado/divorciado	20	4,9 %
Prefiero no decirlo	12	3,0 %
Viudo	12	3,0 %
Otro	2	0,5 %
Total	406	100 %

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Encuesta de caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería. Programa SPSS versión. 25.0.

Las personas solteras y casadas representaron el 68,9 % de todos los participantes, el porcentaje restante refirió estar en unión libre, separado o divorciado, viudo y otro; un 3 % de los participantes prefirió no indicarlo.

Tabla 4-16: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería – credo

Credo	Frecuencia	Porcentaje
Católica	296	72,9 %
Cristiana	58	14,3 %
Prefiero no decirlo	21	5,2 %
Ninguna	19	4,7 %
Otro	5	0,5 %
Adventista	2	0,5 %
Ateísmo	2	0,5 %
Evangélica pentecostal	2	0,2 %
Testigo de Jehová	1	1,2 %
Total	406	100 %

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Encuesta de caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería. Programa SPSS versión. 25.0.

Las creencias hacen parte importante de la vida de las personas, en el estudio el 72,9 % manifestó ser católico, los demás credos ocuparon el porcentaje restante, siendo relevante el cristianismo, y mostrando otros en menor porcentaje de participación, como el adventismo, ateísmo, pentecostal, testigos de Jehová y otros. Un pequeño pero relevante grupo de los participantes refirió no contar con ningún tipo de creencia.

Tabla 4-17: Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería – ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	195	48,0 %
Otro	93	22,9 %
Empleado independiente	80	19,7 %
Desempleado	24	5,9 %
Estudiante	9	2,2 %
Empleado informal	5	1,2 %
Total	406	100 %

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Encuesta de caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería. Programa SPSS versión. 25.0.

Al preguntar por la ocupación de cada participante, el 48 % manifestó ser empleado, haciendo referencia a ser asalariado, y el 19,7 % empleado independiente, estas dos categorías representan a la mayoría de las personas participantes del estudio.

4.4 Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería

Con el fin de realizar un análisis y una representación homogénea de los resultados y de las gráficas, se realizó estandarización de los puntajes de las tres dimensiones, llevándolas a una escala donde el puntaje mayor es 100 y el menor es 0, tal como se explica en el capítulo tres. Esto, a su vez, permite hacer comparaciones entre datos visualmente equivalentes, pero que representa escalas diferentes en cada instrumento.

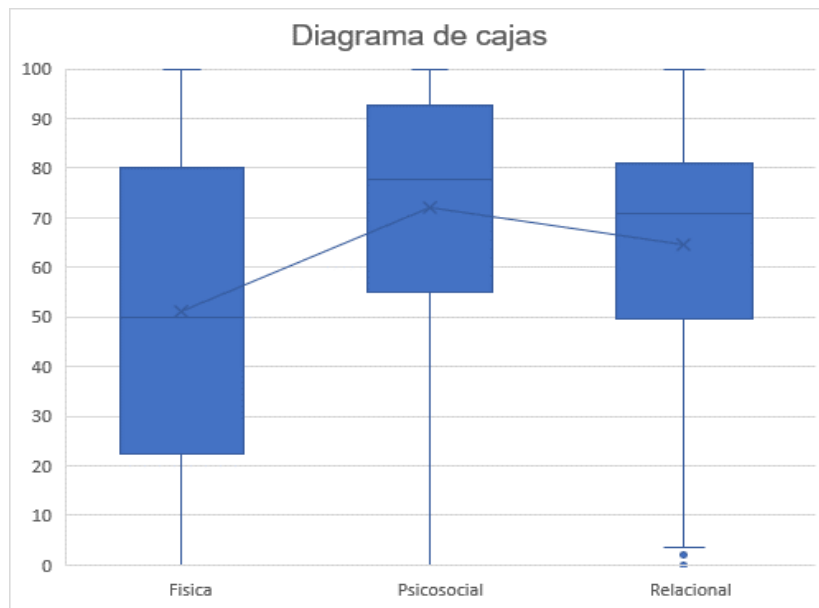
Tabla 4-18: Estandarización de puntajes

Dimensiones	Puntaje mínimo	Puntajes máximos	Puntaje mínimo estandarizado	Puntaje máximo estandarizado
Física	0	80	0	100
Psicosocial	0	160	0	100
Relacional	0	170	0	100

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Para realizar la estandarización de los puntajes en las dimensiones física, psicosocial y relacional, se multiplicó el puntaje total de cada persona por 100 y este resultado se dividió entre el puntaje máximo que se podía obtener en cada uno de los instrumentos.

Gráfico 4-2: Diagrama de cajas comparativo entre las dimensiones física, psicosocial y relacional



Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Se realizó una comparación de las dimensiones mediante diagrama de cajas, donde se observa que la mediana de los puntajes obtenidos es mayor en la dimensión psicosocial (77,8) al igual que la media (71,9), lo que refleja una mayor cantidad de respuestas con puntajes altos, así mismo, la menor variación se presenta en la dimensión relacional (Q1=49,5; Q3=81,2), que contrasta con la dimensión física, donde el rango intercuartil (IQR) es más amplio (Q1=22,5; Q3=80), es decir, que en la dimensión relacional las respuestas tienden a agruparse de forma más cercana a la media que en la dimensión física.

En las tres dimensiones se pueden observar datos extremos que reflejan respuestas con puntajes máximos de cien y respuestas con puntajes mínimos de cero; sin embargo, en la dimensión relacional existen datos mínimos que se comportan de forma atípica que corresponden a datos reales que no afectan el análisis posterior y son respuesta de usuarios con puntaje de cero, que se explica, ya que el SPSS considera que cualquier valor de datos es un valor atípico si es 1,5 veces el IQR menor que el primer cuartil.

4.4.1 Descripción de la dimensión física del cuidado básico de enfermería

El cuestionario basado en un plan de cuidados estandarizados con prescripción temporal de cuidados básicos evaluó la dimensión física del cuidado básico de enfermería por medio de 16 preguntas, cada una con cuatro opciones de respuesta: siempre, casi siempre, algunas veces y nunca, opciones que se homologaron a valores numéricos basados en el diferencial de Charles Osgood (137), dando como resultado siempre (=5), casi siempre (=4), algunas veces (=1), y nunca (=0). El puntaje máximo posible fue de 80 y mínimo cero; no obstante, con el fin de estandarizar el análisis se llevó a valor máximo 100 y mínimo cero.

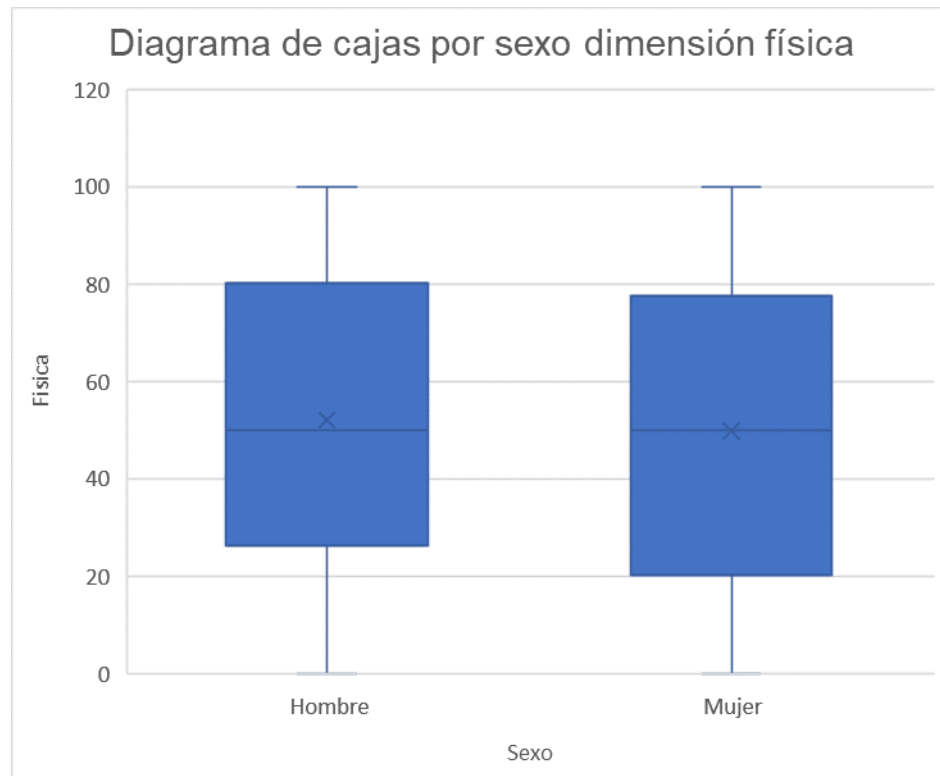
Tabla 4-19: Frecuencia dimensión física del cuidado básico de enfermería

ITEMS	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.La enfermera me ha preguntado sobre mi higiene.	87 21,4 %	112 27,6 %	82 20,2 %	125 30,8 %
2.La enfermera me ha preguntado sobre el estado de mi piel.	144 35,5 %	111 27,3 %	54 13,3 %	97 23,9 %
3. La enfermera me ha preguntado sobre mi deposición.	107 26,4 %	110 27,1 %	83 20,4 %	106 26,15 %
4. La enfermera me ha preguntado sobre mi orina.	76 18,7 %	129 31,8 %	77 19,0 %	124 30,5 %
5. La enfermera me ha preguntado sobre mi consumo de alimentos.	70 17,2 %	110 27,1 %	100 24,6 %	126 31,0 %
6. La enfermera me ha preguntado sobre mi nivel de hidratación.	115 28,3 %	103 25,4 %	81 20,0 %	107 26,4 %
7. La enfermera me ha preguntado si puedo ir al baño de manera independiente.	100 24,6 %	95 23,4 %	89 21,9 %	122 30,0 %
8. La enfermera me ha preguntado si puedo vestirme sin ayuda.	113 27,8 %	109 26,8 %	75 18,5 %	109 26,8 %
9. La enfermera me ha preguntado si puedo movilizarme solo, con o sin aparatos.	109 26,8 %	107 26,4 %	83 20,4 %	107 26,4 %
10. La enfermera me ha preguntado si he caminado.	117 28,8 %	107 26,4 %	72 17,7 %	110 27,1 %
11. La enfermera me ha preguntado si me siento fatigado.	110 27,1 %	113 27,8 %	79 19,5 %	104 25,6 %
12. La enfermera me ha preguntado si he descansado y dormido.	66 16,3 %	97 23,9 %	99 24,4 %	144 35,5 %
13. La enfermera me ha preguntado sobre mi estado general.	39 9,6 %	87 21,4 %	106 26,1 %	174 42,9 %
14. La enfermera me ha preguntado si tengo dolor.	41 10,1 %	63 15,5 %	96 23,6 %	206 50,7 %
15. La enfermera me ha preguntado si la habitación se encuentra ordenada y limpia.	172 42,4 %	75 18,5 %	57 14,0 %	102 25,1 %
16. La enfermera me ha preguntado si hay algo que me incomode.	176 43,3 %	78 19,2 %	57 14,0 %	95 23,4 %

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Las respuestas anteriores reflejan en valores absolutos y relativos la aplicación del cuestionario a 406 personas receptoras del cuidado de enfermería, donde se pretendió indagar acerca de los elementos teóricos del modelo conceptual en la dimensión física (limpieza y vestido personal, eliminación, comida y bebida, descanso y sueño, movilidad, comodidad, seguridad y gestión de la medicación).

Gráfico 4-3: Diagrama de cajas por sexo dimensión física



Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Se realizó comparación de la dimensión física entre hombres y mujeres mediante diagrama de cajas, donde se observa un comportamiento equiparable entre las respuestas otorgadas por hombres y mujeres, con variabilidad similar, mediana de 50 en ambas categorías, diferenciado por una media de 52 en los hombres y de 49,7 en las mujeres; por otra parte, el IQR en mujeres fue de $Q1=20,3$; $Q3=77,5$ y en hombres de $Q1=26,3$;

Q3=80,30, mostrando una agrupación de datos con promedio de puntajes medio bajo y medio altos. También se observan datos mínimos de cero y máximos de cien.

4.4.2 Descripción de la dimensión psicosocial del cuidado básico de enfermería

El segundo instrumento usado fue el de Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE-III) con el cual se evaluó la dimensión psicosocial en el cuidado básico de enfermería por medio de 32 preguntas, cada una con cuatro opciones de respuesta: siempre, casi siempre, algunas veces y nunca, opciones que se homologaron a valores numéricos basados en el diferencial semántico de Charles Osgood (137). Como resultado, siempre (=5), casi siempre (=4), algunas veces (=1) y nunca (=0). El puntaje máximo posible fue de 160 y mínimo de cero; sin embargo, con el fin de estandarizar el análisis se llevó a una escala con valor máximo de 100 y mínimo de cero.

Tabla 4-20: Frecuencias dimensión psicosocial del cuidado básico de enfermería

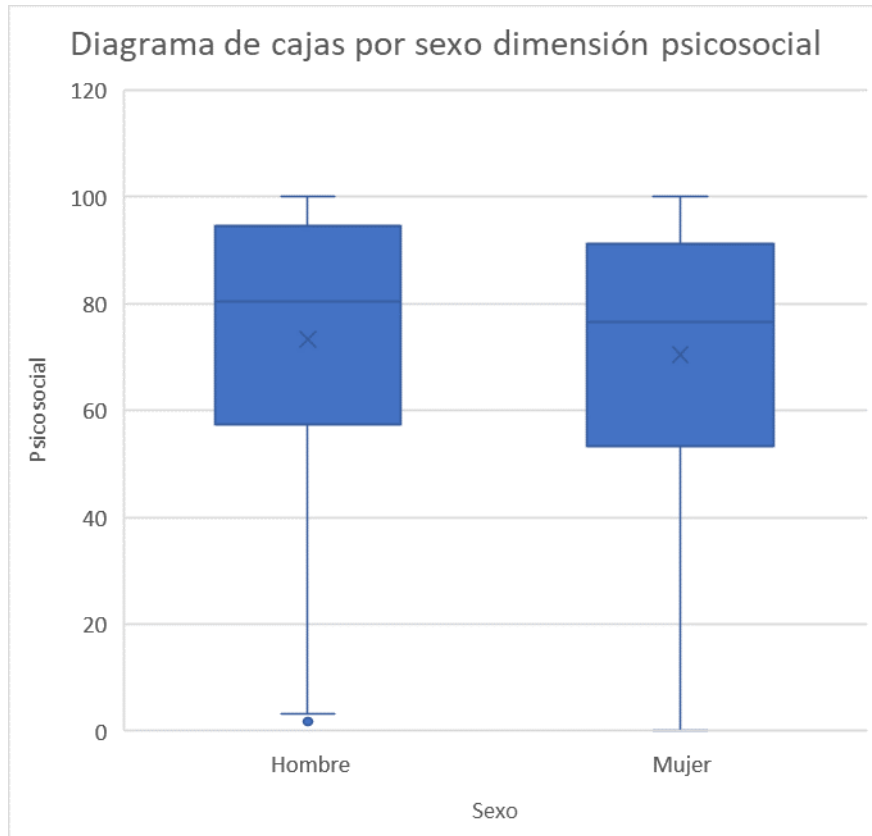
ITEMS	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Le hacen sentir como una persona?	7	56	100	243
	1,7 %	13,8 %	24,6 %	59,9 %
2. ¿Le tratan con amabilidad?	7	59	125	215
	1,7 %	14,5 %	30,8 %	53,0%
3. ¿Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización?	22	88	134	162
	5,4 %	21,7 %	33,0 %	39,9 %
4. ¿Le miran a los ojos cuando le hablan?	19	87	127	173
	4,7 %	21,4 %	31,3 %	42,6 %
5. ¿Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes?	40	88	122	156
	9,9 %	21,75 %	30 %	38,4 %
6. ¿Le hacen sentir bien atendido cuando dialogan con usted?	15	85	141	165
	3,7 %	20,9 %	34,7 %	40,65
	13	84	141	168

7. ¿El personal de enfermería le hace sentir tranquilo (a) cuando está con usted?	3,2 %	20,75%	34,75	41,4 %
8 ¿Le generan confianza cuando lo (la) cuidan?	17	94	117	178
	4,2 %	23,2 %	28,8 %	43,8 %
9. ¿Le facilitan el diálogo?	27	104	115	160
	6,7 %	25,6 %	28,3 %	39,4 %
10. ¿Le explican previamente los procedimientos?	15	57	120	214
	3,7 %	14 %	29,6 %	52,7 %
11. ¿Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas?	12	71	136	187
	3 %	17,5 %	33,5 %	46,1 %
12. ¿Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos?	24	61	108	213
	5,9 %	15 %	26,6 %	52,5 %
13. ¿Le dedican el tiempo requerido para su atención?	16	103	132	155
	3,9 %	25,4 %	32,5 %	38,2 %
14. ¿Le dan indicaciones sobre su autocuidado -los cuidados que usted debe seguir-, de manera oportuna?	36	89	92	189
	8,9 %	21,9 %	22,7 %	46,6%
15. ¿Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado?	24	104	123	155
	5,9 %	25,6 %	30,3 %	38,2 %
16. ¿Le llaman por su nombre?	17	50	91	248
	4,2 %	12,3 %	22,4 %	61,1 %
17. ¿Le demuestran respeto por sus creencias y valores?	15	50	78	263
	3,7 %	12,3 %	19,2 %	64,8 %
18. ¿Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)?	31	88	135	152
	7,6 %	21,7 %	33,3 %	37,4 %
19. ¿Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud?	33	91	140	142
	8,1 %	22,4 %	34,5 %	35,0 %
20. ¿Le manifiestan que están pendiente de usted?	29	73	157	147
	7,1 %	18,0 %	38,7 %	36,2 %
21. ¿Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento?	56	103	112	135
	13,8 %	25,4 %	27,6 %	33,3 %
22. ¿Responden oportunamente a su llamado?	29	104	145	128
	7,1 %	25,6 %	35,7 %	31,5 %
23. ¿Identificaron sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual?	82	97	106	121
	20,2 %	23,9 %	26,1 %	29,8 %
24. ¿Le escuchan atentamente?	24	88	148	146
	5,9 %	21,7 %	36,5 %	36 %
25. ¿Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo?	75	99	98	134
	18,5 %	24,4 %	24,1 %	33 %
26. ¿Le brinda un cuidado cálido y dedicado?	25	112	117	152
	6,2 %	27,6 %	28,8 %	37,4 %

27. ¿Le ayudan a manejar su dolor físico?	19	67	107	213
	4,7 %	16,5%	26,4 %	52,5 %
28. ¿Le demuestran que son responsables con su atención?	19	70	131	186
	4,7 %	17,2 %	32,3 %	45,8 %
29. ¿Le respetan sus decisiones?	22	75	125	184
	5,4 %	18,5 %	30,8 %	45,3 %
30. ¿Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar?	20	58	138	190
	4,9 %	14,3 %	34 %	46,8 %
31. ¿Le respetan su intimidad?	24	46	90	246
	5,9 %	11,3 %	22,2 %	60,6 %
32. ¿Le administran a tiempo los medicamentos formulados por el médico?	20	40	105	241
	4,9 %	9,9 %	25,9 %	59,4 %

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Las respuestas anteriores reflejan en valores absolutos y relativos la aplicación del instrumento de medición a 406 personas receptoras del cuidado de enfermería, donde se pretendió indagar acerca de los elementos teóricos del modelo conceptual en la dimensión psicosocial (comunicación, estar involucrado e informado, privacidad, dignidad, respeto, educación e información, bienestar emocional y valores y creencias consideradas y respetadas).

Gráfico 4-4: Diagrama de cajas por sexo - dimensión psicosocial

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Se realizó una comparación de la dimensión psicosocial entre hombres y mujeres mediante diagrama de cajas, donde se observa un comportamiento equiparable entre las respuestas otorgadas por hombres y mujeres, con variabilidad similar en los dos grupos, con media 73,3 y mediana 80,3, levemente superior en hombres en comparación con las mujeres; media de 70,4 y mediana de 76,6. Resaltan los puntajes altos en esta dimensión tanto en hombres como mujeres con agrupación de la mayoría de los puntajes superior a 50, y que en ambas categorías la mayoría de las respuestas tienden a agruparse cerca a la media con IQR en hombres $Q1=57,5; Q3=94,5$ y IQR en mujeres $Q1=53,3; Q3=91,25$, aun así, se observan respuestas mínimas de cero y máximas de cien en las mujeres, en los hombres máxima de 100 y mínima de 1,9, este último se muestra como un dato atípico, pero es un dato real y plausible que no afecta el análisis. Teniendo en cuenta que SPSS considera

que cualquier valor de datos es un valor atípico si es 1,5 veces el IQR mayor que el tercer cuartil o 1,5 veces el IQR menor que el primer cuartil como en este caso.

4.4.3 Descripción de la dimensión relacional del cuidado básico de enfermería

El tercer instrumento usado fue la versión colombiana de la escala de cuidados individualizados con el cual se evaluó la dimensión relacional en el cuidado básico de enfermería por medio de 34 preguntas, cada una con cinco opciones de respuesta: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo, opciones que se homologaron a valores numéricos basados en el diferencial semántico de Charles Osgood (137). Como resultado, totalmente en desacuerdo (=0), en desacuerdo (=1), ni de acuerdo ni en desacuerdo (2,5), de acuerdo (=4) y totalmente de acuerdo (=5). El puntaje máximo posible fue de 170 y mínimo cero; sin embargo, con el fin de estandarizar el análisis se llevó a una escala con valor máximo de 100 y mínimo de cero.

Tabla 4-21: Frecuencias dimensión relacional del cuidado básico de enfermería

ITEM	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
A 1. Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre los sentimientos que he tenido acerca de mi enfermedad/estado de salud.	46	61	85	170	44
	11,3 %	15,0 %	20,9 %	41,9 %	10,8 %
A 2. Los profesionales de enfermería han hablado conmigo acerca de mis necesidades que requieren cuidados y atención de parte de ellos.	35	49	62	214	46
	8,6 %	12,1 %	15,3 %	52,7 %	11,3 %
A 3. Los profesionales de enfermería me han dado la	18	23	53	255	57

oportunidad de asumir la responsabilidad de mi cuidado hasta donde yo he podido.	4,45 %	5,7 %	13,1 %	62,8 %	14,05 %
A 4. Los profesionales de enfermería han identificado los cambios en mis sentimientos relacionados con mi enfermedad/estado de salud.	45	56	78	174	53
	11,1 %	13,8 %	19,2 %	42,9 %	13,1 %
A 5. Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre mis miedos y preocupaciones.	57	75	63	150	61
	14,0 %	18,5 %	15,5 %	36,9 %	15,0 %
A 6. Los profesionales de enfermería han hecho el esfuerzo de averiguar cómo me afecta la enfermedad/estado de salud.	32	66	85	165	58
	7,9 %	16,3 %	20,9 %	40,6 %	14,3 %
A 7. Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre el significado que tiene para mí la enfermedad/estado de salud.	36	71	83	149	67
	8,9 %	17,5 %	20,4 %	36,7 %	16,5 %
A 8. Los profesionales de enfermería me han preguntado qué cosas hago en mi vida cotidiana fuera del hospital (p. ej.: trabajo, estudio, actividades del hogar, descanso).	28	65	62	178	73
	6,9 %	16,0 %	15,3 %	43,8 %	18,0 %
A 9. Los profesionales de enfermería me han preguntado sobre mis experiencias en anteriores hospitalizaciones.	46	77	60	140	83
	11,3 %	19,0 %	14,8 %	34,5 %	20,4 %
A 10. Los profesionales de enfermería me han preguntado sobre mis hábitos diarios (p. ej., aseo personal, hábitos alimenticios, de actividad física).	26	65	64	164	87
	6,4 %	16,0 %	15,8 %	40,4 %	21,4 %
A 11. Los profesionales de enfermería me han preguntado si quiero que mi familia participe en mis cuidados.	39	72	65	139	91
	9,6 %	17,7 %	16,0 %	34,2 %	22,4 %
A 12. Los profesionales de enfermería se han asegurado	15	28	59	213	91

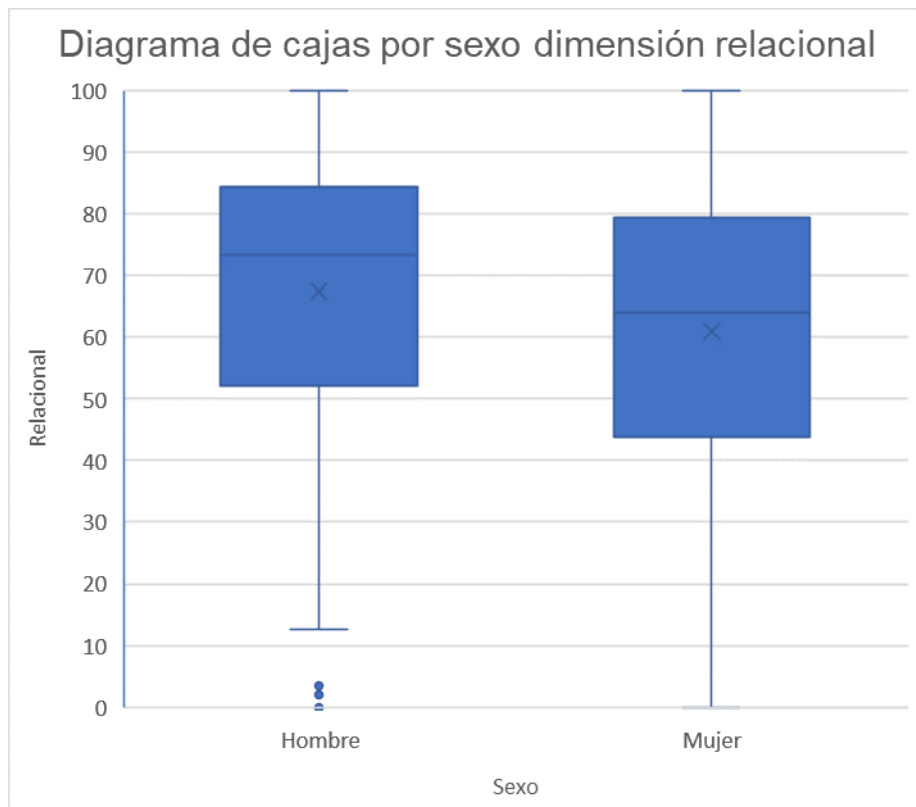
de que he entendido las instrucciones que he recibido en el hospital.	3,7 %	6,9 %	14,5 %	52,5 %	22,4 %
A 13. Los profesionales de enfermería me han preguntado sobre qué quiero saber o las dudas que tengo acerca de mi enfermedad/estado de salud.	35	47	52	220	52
	8,6 %	11,6 %	12,8 %	54,2 %	12,8 %
A 14. Los profesionales de enfermería han escuchado mis deseos personales sobre mi cuidado.	39	55	64	187	61
	9,6 %	13,5 %	15,8 %	46,1 %	15,0 %
A 15. Los profesionales de enfermería me han ayudado a participar en las decisiones sobre mi cuidado.	34	45	93	176	58
	8,4 %	11,1 %	22,9 %	43,3 %	14,3 %
A 16. Los profesionales de enfermería me han ayudado a expresar mis opiniones sobre mi cuidado.	33	52	101	159	61
	8,1 %	12,8 %	24,9 %	39,2 %	15 %
A 17. Los profesionales de enfermería me han preguntado en qué momento prefería bañarme.	55	77	81	126	67
	13,5 %	19 %	20 %	31 %	16,5 %
B 1. Se han tenido en cuenta para mi cuidado las sensaciones que he tenido sobre mi enfermedad/estado de salud (p. ej., ansiedad, angustia, incertidumbre, ira, dolencias).	54	48	85	176	43
	13,3 %	11,8 %	20,9 %	43,3 %	10,6 %
B 2. Se han tenido en cuenta para mi cuidado mis necesidades que requerían asistencia y atención.	31	45	69	207	54
	7,6 %	11,1 %	17 %	51 %	13,3 %
B 3. He asumido la responsabilidad de mi cuidado hasta donde he podido.	12	15	36	235	108
	3 %	3,7 %	8,9 %	57,9 %	26,6 %
B 4. Se han tenido en cuenta para mi cuidado los cambios en mis sentimientos relacionados con mi enfermedad/estado de salud.	33	53	83	171	66
	8,1 %	13,1 %	20,4 %	42,1 %	16,3 %
B 5. Se han tenido en cuenta para mi cuidado mis miedos y preocupaciones.	50	70	68	156	62
	12,3 %	17,2 %	16,7 %	38,4 %	15,3 %

B 6. Se ha tenido en cuenta para mi cuidado el modo en que me ha afectado la enfermedad/estado de salud.	39	47	87	164	69
	9,6 %	11,6 %	21,4 %	40,4%	17 %
B 7. Se ha tenido en cuenta para mi cuidado el significado que tiene para mí la enfermedad/estado de salud.	33	59	84	155	75
	8,1 %	14,5 %	20,7 %	38,2 %	18,55 %
B 8. Se ha tenido en cuenta para mi cuidado, mi vida cotidiana fuera del hospital (p. ej., trabajo, estudio, actividades del hogar, descanso).	37	79	78	146	66
	9,1 %	19,5 %	19,2 %	36 %	16,3 %
B 9. Se han tenido en cuenta para mi cuidado mis experiencias en anteriores hospitalizaciones.	43	82	73	133	75
	10,6 %	20,2 %	18 %	32,8 %	18,5 %
B 10. Durante mi estancia en el hospital se han tenido en cuenta mis hábitos diarios (p. ej., aseo personal, hábitos alimenticios, de actividad física).	30	76	67	150	83
	7,4 %	18,7 %	16,5 %	36,9 %	20,4 %
B 11. Mi familia ha participado en mi cuidado si yo he querido que lo hagan.	12	26	36	184	148
	3%	6,4%	8,9%	45,3%	36,5 %
B 12. He entendido las instrucciones que me han dado en el hospital.	12	16	42	228	108
	3,0 %	3,95 %	10,3 %	56,2 %	26,6 %
B 13. He recibido de los profesionales de enfermería suficiente información sobre mi enfermedad/estado de salud.	17	50	77	169	93
	4,2 %	12,3 %	19 %	41,6 %	22,9 %
B 14. Se han tenido en cuenta en mi cuidado los deseos que he expresado.	14	29	96	180	87
	3,4 %	7,1 %	23,6 %	44,3 %	21,4 %
B 15. He participado en la toma de decisiones sobre mi cuidado.	15	28	57	213	93
	3,7 %	6,9 %	14 %	52,5 %	22,9 %
B 16. Se han tenido en cuenta en mi cuidado las opiniones que he expresado.	14	34	83	190	85
	3,45	8,4 %	20,4 %	46,8	20,9 %
B 17. He podido decidir cuándo bañarme.	21	35	58	196	96
	5,25	8,6 %	14,3 %	48,3 %	23,6 %

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Las respuestas anteriores reflejan en valores absolutos y relativos la aplicación del instrumento de medición a 406 personas receptoras del cuidado de enfermería, donde se pretendió indagar acerca de los elementos teóricos del modelo conceptual en la dimensión relacional (ser compasivo, estar presente con los pacientes, apoyar e involucrar a las familias y los cuidadores, ayudar a los pacientes a sobrellevar la situación, trabajar con los pacientes para establecer, lograr y evaluar la progresión de los objetivos, ayudar a los pacientes a mantener la calma, escucha activa, ser empático y comprometerse con los pacientes).

Gráfico 4-5: Diagrama de cajas por sexo - dimensión relacional



Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Se realizó una comparación de la dimensión relacional entre hombres y mujeres mediante diagrama de cajas, donde se observa una media de 67,4 y una mediana de 73,2 en hombres, levemente superior a la media de 60,9 y mediana de 64 en las mujeres. La variación de los puntajes es similar en ambas categorías, con IQR en hombres (Q1=53,2; Q3=84,2) y en mujeres (Q1=43,9; Q3=79,4). Se observa puntajes máximos de 100 tanto en hombres como en mujeres, con puntaje mínimo de cero en mujeres y en hombres, pero que por debajo de 12,6 son considerados atípicos al ser valores 1,5 veces el IQR menor que el primer cuartil.

4.5 Análisis factorial exploratorio

Para el cumplimiento de los tres objetivos anteriores y con el fin de confirmar la pertinencia de los ítems evaluados dentro de cada dimensión, fue llevado a cabo el análisis factorial exploratorio corriendo en conjunto los 16 ítems del cuestionario basado en un plan de cuidados estandarizados con prescripción temporal de cuidados básicos, los 34 ítems del Instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE-III) y los 34 ítems de la versión colombiana de la escala de cuidado individualizado ICS-Paciente, mediante el método de extracción de factores por componentes principales, utilizando como factores a extraer tres debido a que desde el punto de vista teórico se pretendían medir las dimensiones física, psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería con igual número de instrumentos. Para la rotación de factores se seleccionó el tipo ortogonal (Varimax) con normalización de Kaiser debido a que los valores representan la relación entre factores y variables de una manera simple.

Tabla 4-22: Análisis factorial exploratorio aplicado a las tres dimensiones del cuidado básico de enfermería

ITEMS	Componentes		
	1	2	3
IT1	0,365	0,463	1,538
IT2	0,535	0,348	1,579
IT3	0,141	0,392	1,678
IT4	0,080	0,342	1,624
IT5	0,254	0,504	1,568
IT6	0,581	0,541	1,530

IT7	0,267	0,446	1,670
IT8	0,483	0,401	1,682
IT9	0,329	0,390	1,648
IT10	0,547	0,426	1,585
IT11	0,527	0,480	1,471
IT12	0,345	0,697	1,203
IT13	0,234	0,799	0,943
IT14	-0,105	0,794	0,799
IT15	0,942	0,512	1,234
IT16	0,993	0,566	1,178
IN1	0,202	0,881	0,234
IN2	0,218	0,991	0,178
IN3	0,518	1,105	0,428
IN4	0,521	0,975	0,335
IN5	0,792	1,048	0,447
IN6	0,483	1,092	0,333
IN7	0,563	1,020	0,359
IN8	0,558	1,106	0,348
IN9	0,748	1,079	0,454
IN10	0,260	0,988	0,176
IN11	0,343	1,082	0,262
IN12	0,349	1,016	0,242
IN13	0,791	1,043	0,289
IN14	0,678	1,172	0,548
IN15	0,562	1,228	0,367
IN16	-0,063	1,149	0,105
IN17	-0,076	1,089	0,080
IN18	0,424	1,283	0,348
IN19	0,536	1,231	0,487
IN20	0,312	1,243	0,366
IN21	0,768	1,195	0,485
IN22	0,488	1,183	0,416
IN23	0,900	1,129	0,633
IN24	0,437	1,278	0,304
IN25	0,936	1,255	0,631
IN26	0,664	1,287	0,451
IN27	0,094	1,310	0,177
IN28	0,239	1,355	0,273
IN29	0,244	1,341	0,181
IN30	-0,010	1,198	0,230
IN31	-0,116	1,232	0,097
IN32	-0,209	1,137	0,071
A1	1,172	0,078	0,399
A2	1,088	0,146	0,346
A3	0,560	0,111	0,101
A4	1,263	0,112	0,402
A5	1,436	0,122	0,462

A6	1,271	0,086	0,308
A7	1,363	0,173	0,354
A8	1,149	0,104	0,382
A9	1,414	0,134	0,319
A10	1,237	0,133	0,309
A11	1,378	0,129	0,321
A12	0,829	0,274	0,092
A13	0,729	0,295	-0,013
A14	0,918	0,320	0,040
A15	0,936	0,227	0,007
A16	0,980	0,249	0,071
A17	1,066	0,291	0,238
B1	1,245	0,224	0,356
B2	1,052	0,351	0,254
B3	0,354	0,171	-0,083
B4	1,250	0,190	0,254
B5	1,391	0,251	0,359
B6	1,287	0,256	0,268
B7	1,287	0,284	0,265
B8	1,342	0,184	0,313
B9	1,408	0,161	0,393
B10	1,300	0,194	0,326
B11	0,509	0,219	0,017
B12	0,565	0,224	-0,005
B13	0,992	0,295	0,304
B14	0,917	0,337	0,169
B15	0,833	0,248	0,050
B16	0,902	0,370	0,059
B17	0,676	0,370	-0,056

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Una vez llevado a cabo el procedimiento, se obtuvo que los ítems se agruparon conforme a cada instrumento utilizado (cuestionario basado en un plan de cuidados estandarizado con prescripción temporal de cuidados básicos para la dimensión física, Instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE-III) para la dimensión psicosocial y la versión colombiana de la escala de cuidado Individualizado ICS-Paciente para la dimensión relacional).

4.5.1 Análisis factorial dimensión física del cuidado básico de enfermería

Con el fin de evaluar la presencia de los elementos que componen la dimensión física del cuidado básico de enfermería dentro del cuestionario utilizado, fue llevado a cabo un análisis factorial exploratorio corriendo los 16 ítems mediante el método de extracción de factores por componentes principales, utilizando como factores a extraer ocho debido a que estos corresponden a los elementos limpieza y vestido personal, eliminación, comida y bebida, descanso y sueño, movilidad, comodidad y seguridad, declarados en el modelo conceptual como los que teóricamente componen la dimensión; el elemento gestión de la medicación no fue incluido, ya que para el momento de la medición no se encontraba declarado en el modelo y corresponde a una actualización reciente de este. Para la rotación de factores se seleccionó el tipo ortogonal (Varimax) con normalización de Kaiser debido a que los valores representan la relación entre factores y variables de una manera simple.

Tabla 4-23: Análisis factorial exploratorio aplicado a la dimensión física del cuidado básico de enfermería

Dimensión física	Componente							
ITEMS	Movilidad	Eliminación	Necesidad de aseo	Comodidad	Aseo y vestimenta	Comer y beber	Seguridad	Descanso y sueño
1. La enfermera me ha preguntado sobre mi higiene.	0,621	0,647	0,314	0,447	1,607	0,428	0,234	0,265
2. La enfermera me ha preguntado sobre el estado de mi piel.	0,546	0,923	0,672	0,104	1,322	0,439	0,443	0,079

3. La enfermera me ha preguntado sobre mi deposición.	0,633	1,649	0,297	0,330	0,563	0,416	0,242	0,250
4. La enfermera me ha preguntado sobre mi orina.	0,576	1,705	0,206	0,450	0,405	0,351	0,297	0,179
5. La enfermera me ha preguntado sobre mi consumo de alimentos.	0,661	1,024	0,382	0,479	0,543	1,182	0,042	0,112
6. La enfermera me ha preguntado sobre mi nivel de hidratación.	0,587	0,662	0,556	0,345	0,518	1,514	0,525	0,212
7. La enfermera me ha preguntado si puedo ir al baño de manera independiente.	1,644	0,605	0,391	0,293	0,383	0,566	0,071	0,379
8. La enfermera me ha preguntado si puedo vestirme sin ayuda.	1,621	0,584	0,568	0,309	0,323	0,459	0,402	0,176
9. La enfermera me ha preguntado si puedo movilizarme solo, con o sin aparatos.	1,695	0,464	0,470	0,401	0,410	0,102	0,437	0,288
10. La enfermera me ha preguntado si he caminado.	1,242	0,429	0,543	0,511	0,559	0,242	1,135	0,175
11. La enfermera me ha preguntado si me siento fatigado.	0,670	0,432	0,685	0,428	0,342	0,411	1,445	0,548
12. La enfermera me ha preguntado si he descansado y dormido.	0,565	0,401	0,485	0,903	0,282	0,223	0,344	1,458
13. La enfermera me ha preguntado sobre mi estado general.	0,290	0,265	0,422	1,484	0,268	0,463	0,112	0,288
14. La enfermera me ha preguntado si tengo dolor.	0,284	0,301	0,229	1,597	0,117	0,005	0,244	- 0,176
15. La enfermera me ha preguntado si la habitación se encuentra ordenada y limpia.	0,614	0,254	1,880	0,414	0,378	0,211	0,196	0,187
16. La enfermera me ha preguntado si hay algo que me incomode.	0,443	0,279	1,820	0,417	0,244	0,389	0,450	0,247

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Los resultados obtenidos evidencian que los ocho elementos evaluados se agrupan dentro del cuestionario utilizado para la medición.

4.5.2 Análisis factorial dimensión psicosocial del cuidado básico de enfermería

Con el fin de evaluar la presencia de los elementos que componen la dimensión psicosocial del cuidado básico de enfermería dentro del instrumento utilizado, fue llevado a cabo un análisis factorial exploratorio corriendo los 32 ítems mediante el método de extracción de factores por componentes principales, utilizando como factores a extraer ocho debido a que estos corresponden a los elementos comunicación, estar involucrado e informado, privacidad, dignidad, respeto, educación e información, bienestar emocional, valores, y creencias consideradas y respetadas, declarados en el modelo conceptual como los que teóricamente componen la dimensión. Para la rotación de factores se seleccionó el tipo ortogonal (Varimax) con normalización de Kaiser debido a que los valores representan la relación entre factores y variables de una manera simple.

Tabla 4-24: Análisis factorial exploratorio aplicado a la dimensión psicosocial del cuidado básico de enfermería

Dimensión psicosocial	Componente							
	Estar involucrado e informado - comunicación - educación e información	Dignidad - respeto - involucrado e informado - educación e información - valores y creencias	Dignidad - respeto, estar involucrado e informado - educación e información - bienestar emocional	Educación e información - respeto	Bienestar emocional - comunicación	6	7	8
TEMS								
1. ¿Le hacen sentir como una persona?	0,142	0,535	1,152	0,122	0,134	0,042	-0,013	0,059
2. ¿Le tratan con amabilidad?	0,187	0,556	1,144	0,215	0,252	0,004	0,063	-0,004
3. ¿Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización?	0,509	0,352	1,234	0,440	0,479	0,028	0,049	0,301
4. ¿Le miran a los ojos cuando le hablan?	0,444	0,193	1,129	0,696	0,347	0,150	0,045	-0,130
5. ¿Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes?	0,759	0,125	0,909	0,502	0,891	0,366	0,112	-0,156
6. ¿Le hacen sentir bien atendido cuando dialogan con usted?	0,509	0,278	0,938	0,517	0,799	0,111	-0,006	-0,067
7. ¿El personal de enfermería le hace sentir tranquilo (a), cuando está con usted?	0,486	0,314	0,703	0,338	1,089	0,208	0,125	0,097

8 ¿Le generan confianza cuando lo (la) cuidan?	0,521	0,367	0,600	0,472	1,230	0,011	-0,042	0,185
9. ¿Le facilitan el diálogo?	0,881	0,226	0,703	0,531	0,796	0,065	0,647	-0,032
10. ¿Le explican previamente los procedimientos?	0,312	0,396	0,468	1,120	0,293	0,124	-0,088	0,283
11. ¿Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas?	0,410	0,497	0,516	0,980	0,437	0,066	0,218	-0,027
12. ¿Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos?	0,330	0,474	0,349	1,298	0,243	0,322	0,042	-0,100
13. ¿Le dedican el tiempo requerido para su atención?	0,848	0,199	0,665	0,685	0,481	0,218	0,640	0,155
14. ¿Le dan indicaciones sobre su autocuidado, los cuidados que usted debe seguir, de manera oportuna?	1,282	0,513	0,362	0,226	0,410	0,744	-0,183	0,363
15. ¿Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado?	0,990	0,720	0,360	0,302	0,409	0,914	0,083	-0,113
16. ¿Le llaman por su nombre?	0,296	1,223	0,214	0,258	0,052	0,242	0,133	0,098
17. ¿Le demuestran respeto por sus creencias y valores?	0,228	1,177	0,173	0,222	0,101	0,347	0,058	0,185
18. ¿Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)?	1,013	0,804	0,192	0,277	0,546	0,001	0,045	0,822
19. ¿Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud?	1,187	0,638	0,342	0,309	0,292	0,488	0,033	0,486
20. ¿Le manifiestan que están pendiente de usted?	0,937	0,869	0,400	0,329	0,062	0,085	0,080	0,417

21. ¿Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento?	1,632	0,387	0,374	0,360	0,111	0,046	0,121	0,088
22. ¿Responden oportunamente a su llamado?	1,235	0,664	0,259	0,229	0,321	-0,305	0,529	-0,095
23. ¿Identificaron sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual?	1,695	0,434	0,119	0,259	0,366	0,361	0,182	-0,144
24. ¿Le escuchan atentamente?	0,987	0,888	0,298	0,200	0,458	0,053	0,274	-0,185
25. ¿Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo?	1,694	0,378	0,567	0,373	0,314	-0,058	-0,255	0,001
26. ¿Le brinda un cuidado cálido y dedicado?	1,331	0,674	0,395	0,242	0,534	-0,260	-0,276	-0,008
27. ¿Le ayudan a manejar su dolor físico?	0,512	1,145	0,469	0,413	0,155	-0,062	-0,262	-0,201
28. ¿Le demuestran que son responsables con su atención?	0,732	1,065	0,347	0,336	0,515	-0,105	-0,329	-0,113
29. ¿Le respetan sus decisiones?	0,613	1,133	0,501	0,273	0,378	-0,032	-0,313	-0,295
30. ¿Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar?	0,517	1,125	0,310	0,219	0,166	-0,137	0,113	-0,028
31. ¿Le respetan su intimidad?	0,295	1,323	0,341	0,129	0,114	-0,039	0,064	0,116
32. ¿Le administran a tiempo los medicamentos formulados por el médico?	0,192	1,257	0,182	0,164	0,161	0,076	0,090	0,118

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Los resultados obtenidos evidencian que cinco de los ocho elementos evaluados se agrupan dentro del instrumento utilizado para la medición.

4.5.3 Análisis factorial dimensión relacional del cuidado básico de enfermería

Con el fin de evaluar la presencia de los elementos que componen la dimensión relacional del cuidado básico de enfermería dentro del instrumento utilizado, fue llevado a cabo un análisis factorial exploratorio corriendo los 34 ítems mediante el método de extracción de factores por componentes principales, utilizando como factores a extraer nueve debido a que estos corresponden a los elementos ser compasivo, estar presente con los pacientes, apoyar e involucrar a las familias y los cuidadores, ayudar a los pacientes a sobrellevar la situación, trabajar con los pacientes para establecer, lograr y evaluar la progresión de los objetivos, ayudar a los pacientes a mantener la calma, escucha activa, ser empático y comprometerse con los pacientes, declarados en el modelo conceptual como los que teóricamente componen la dimensión. Para la rotación de factores se seleccionó el tipo ortogonal (Varimax) con normalización de Kaiser debido a que los valores representan la relación entre factores y variables de una manera simple.

Tabla 4-25: Análisis factorial exploratorio aplicado a la dimensión relacional del cuidado básico de enfermería

ITEMS	Ayudar a los pacientes a mantener la calma -ser empático - Trabajar con los pacientes para establecer, lograr y evaluar la progresión de los objetivos	Ser empático - Compromiso con los pacientes - escucha activamente	Trabajar con los pacientes para establecer, lograr y evaluar la progresión de los objetivos	Ser empático - Apoyar e implicar a las familias y a los cuidadores	Escuchar activamente - Estar presente con los pacientes - Trabajar con los pacientes para establecer, lograr y evaluar la progresión de los objetivos	Escuchar activamente - Ser empático	7	8
A 1. Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre los sentimientos que he tenido acerca de mi enfermedad/estado de salud.	0,733	0,773	0,120	0,339	0,786	0,155	- 0,101	- 0,312
A 2. Los profesionales de enfermería han hablado conmigo acerca de mis necesidades que requieren cuidados y atención de parte de ellos.	0,624	0,670	0,228	0,282	0,938	0,018	- 0,052	0,085
A 3. Los profesionales de enfermería me han dado la oportunidad de asumir la responsabilidad de mi cuidado hasta donde yo he podido.	0,043	0,253	0,406	0,257	0,859	0,024	0,220	0,052
A 4. Los profesionales de enfermería han identificado los cambios en mis sentimientos relacionados con mi enfermedad/estado de salud.	0,725	0,935	0,162	0,323	0,707	0,165	- 0,074	- 0,159
A 5. Los profesionales de enfermería han hablado	0,820	1,116	0,172	0,450	0,577	0,135	- 0,163	- 0,171

conmigo sobre mis miedos y preocupaciones.								
A 6. Los profesionales de enfermería han hecho el esfuerzo de averiguar cómo me afecta la enfermedad/estado de salud.	0,560	1,093	0,348	0,509	0,194	0,017	- 0,003	- 0,352
A 7. Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre el significado que tiene para mí la enfermedad/estado de salud.	0,653	1,140	0,336	0,415	0,352	0,145	0,096	- 0,179
A 8. Los profesionales de enfermería me han preguntado qué cosas hago en mi vida cotidiana fuera del hospital (p. ej., trabajo, estudio, actividades del hogar, descanso).	0,570	1,068	0,129	0,277	0,339	0,098	0,296	0,429
A 9. Los profesionales de enfermería me han preguntado sobre mis experiencias en anteriores hospitalizaciones.	0,584	1,366	0,322	0,419	0,115	0,140	0,032	0,211
A 10. Los profesionales de enfermería me han preguntado sobre mis hábitos diarios (p. ej., aseo personal, hábitos alimenticios, de actividad física).	0,533	1,195	0,221	0,307	0,231	0,115	0,138	0,248
A 11. Los profesionales de enfermería me han preguntado si quiero que mi familia participe en mis cuidados.	0,632	1,227	0,377	0,422	0,127	0,098	- 0,129	- 0,374
A 12. Los profesionales de enfermería se han asegurado de que haya entendido las instrucciones que he recibido en el hospital.	0,242	0,676	0,396	0,431	0,158	0,028	0,546	- 0,147
A 13. Los profesionales de enfermería me han preguntado sobre qué quiero saber o las dudas que tengo acerca de mi enfermedad/estado de salud.	0,130	0,329	0,144	1,143	0,135	0,116	0,591	0,012
A 14. Los profesionales de enfermería han escuchado	0,324	0,302	0,289	1,370	0,109	0,025	0,066	- 0,089

mis deseos personales sobre mi cuidado.								
A 15. Los profesionales de enfermería me han ayudado a participar en las decisiones sobre mi cuidado.	0,270	0,353	0,304	1,266	0,191	0,073	- 0,116	0,055
A 16. Los profesionales de enfermería me han ayudado a expresar mis opiniones sobre mi cuidado.	0,350	0,372	0,266	1,210	0,291	0,147	- 0,071	0,029
A 17. Los profesionales de enfermería me han preguntado en qué momento prefería bañarme.	0,463	0,481	0,177	0,961	0,175	1,141	0,015	0,110
B 1. Se han tenido en cuenta para mi cuidado las sensaciones que he tenido sobre mi enfermedad/estado de salud (p. ej., ansiedad, angustia, incertidumbre, ira, dolencias)	1,180	0,484	0,385	0,285	0,378	0,214	0,244	- 0,203
B 2. Se han tenido en cuenta para mi cuidado mis necesidades que requerían asistencia y atención.	1,009	0,353	0,473	0,242	0,320	0,109	0,426	- 0,087
B 3. He asumido la responsabilidad de mi cuidado hasta donde he podido.	0,193	-0,159	0,615	0,185	0,319	- 0,006	0,473	0,129
B 4. Se han tenido en cuenta para mi cuidado los cambios en mis sentimientos relacionados con mi enfermedad/estado de salud.	1,148	0,554	0,377	0,364	0,128	0,073	0,142	- 0,148
B 5. Se han tenido en cuenta para mi cuidado mis miedos y preocupaciones.	1,292	0,634	0,425	0,331	0,171	0,138	- 0,061	0,087
B 6. Se ha tenido en cuenta para mi cuidado el modo en que me ha afectado la enfermedad/estado de salud.	1,177	0,559	0,529	0,366	0,089	- 0,013	0,047	- 0,068
B 7. Se ha tenido en cuenta para mi cuidado el significado que tiene para mí la enfermedad/estado de salud.	1,177	0,581	0,514	0,311	0,114	0,031	0,123	0,015
B 8. Se ha tenido en cuenta para mi cuidado mi vida cotidiana fuera del hospital (p. ej., trabajo, estudio, actividades del hogar, descanso).	1,063	0,729	0,533	0,257	0,206	0,106	- 0,140	0,372

B 9. Se han tenido en cuenta para mi cuidado mis experiencias en anteriores hospitalizaciones.	1,015	0,927	0,599	0,219	0,027	0,208	- 0,088	0,290
B 10. Durante mi estancia en el hospital se han tenido en cuenta mis hábitos diarios (p. ej., aseo personal, hábitos alimenticios, de actividad física).	1,045	0,720	0,564	0,167	0,155	0,186	- 0,150	0,348
B 11. Mi familia ha participado en mi cuidado si yo he querido que lo hagan.	0,131	0,149	1,001	0,121	0,078	- 0,110	0,075	- 0,015
B 12. He entendido las instrucciones que me han dado en el hospital.	0,313	0,103	0,822	0,056	0,151	0,023	0,195	0,054
B 13. He recibido de los profesionales de enfermería suficiente información sobre mi enfermedad/estado de salud.	0,636	0,548	0,712	0,122	0,251	0,170	0,006	0,199
B 14. Se han tenido en cuenta en mi cuidado los deseos que he expresado.	0,572	0,383	0,821	0,310	0,153	0,024	- 0,043	- 0,042
B 15. He participado en la toma de decisiones sobre mi cuidado.	0,389	0,300	0,960	0,301	0,136	0,062	- 0,150	- 0,059
B 16. Se han tenido en cuenta en mi cuidado las opiniones que he expresado.	0,479	0,299	0,969	0,365	0,136	0,112	- 0,090	0,020
B 17. He podido decidir cuándo bañarme.	0,218	0,200	1,010	0,101	0,010	0,696	0,079	- 0,149

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Los resultados obtenidos evidencian que seis de los ocho elementos evaluados se agrupan dentro del instrumento utilizado para la medición. Estos elementos ayudan a mantener la calma, a ser empático, a establecer compromiso con los pacientes, a escuchar activamente, a apoyar e implicar a las familias y a los cuidadores, a estar presente con los pacientes, y a trabajar con ellos para establecer, lograr y evaluar la progresión de los objetivos.

4.6 Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería

4.6.1 Hipótesis de normalidad

Con el propósito de definir la prueba estadística adecuada para aceptar o rechazar la hipótesis donde se plantea la existencia de una relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional, y teniendo en cuenta que N es mayor a 50, se aplicó la prueba de Kolmogórov-Smirnov para cada una de las variables mencionadas.

4.6.2 Prueba de Kolmogórov-Smirnov para la variable dimensión física

Ho La variable dimensión física en la población tiene una distribución normal.

H1 La variable dimensión física en la población no tiene una distribución normal.

Si $p > 0,05$ la variable dimensión física en la población tiene una distribución normal.

Si $p < 0,05$, la variable dimensión física en la población no tiene una distribución normal.

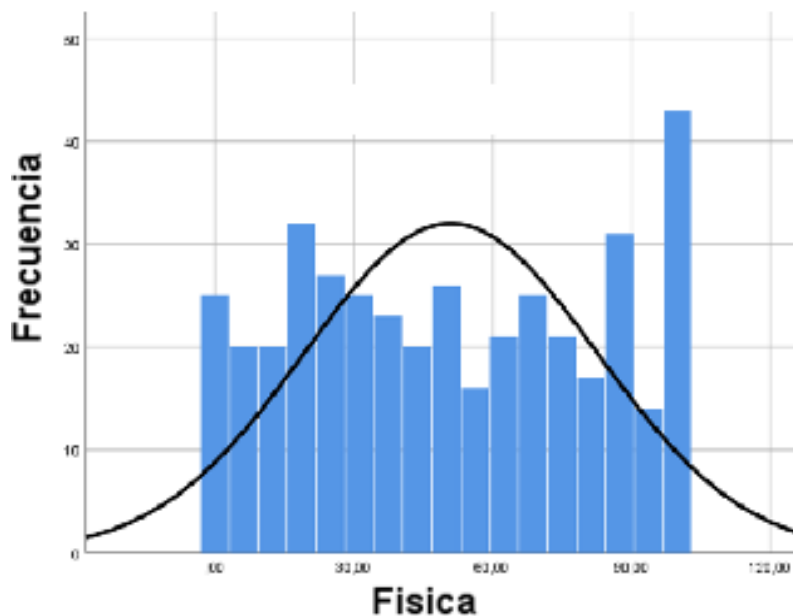
Tabla 4-26: Estadístico prueba de normalidad - dimensión física del cuidado básico de enfermería

Media	50,97
Desviación estándar	31,635
Estadístico de prueba	0,086
p-valor	1,45E-7

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Teniendo en cuenta que el valor $p < 0,05$, se rechazó la hipótesis nula y puede afirmarse que la distribución de la variable dimensión física en la población no es normal, o no tiene una distribución gaussiana, según lo evidenciado en la gráfica.

Gráfico 4-6: Comportamiento de los datos de la dimensión física del cuidado básico de enfermería



Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

4.6.3 Prueba de Kolmogórov-Smirnov para la variable dimensión psicosocial

Ho La variable dimensión psicosocial en la población tiene una distribución normal.

H1 La variable dimensión psicosocial en la población no tiene una distribución normal.

Si $p > 0,05$, la variable dimensión psicosocial en la población tiene una distribución normal.

Si $p < 0,05$, la variable dimensión psicosocial en la población no tiene una distribución normal.

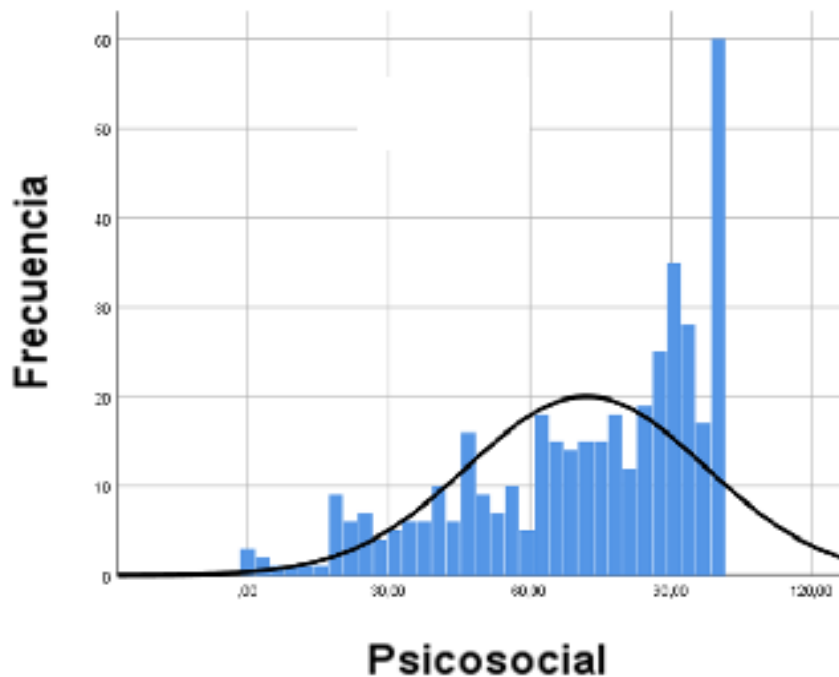
Tabla 4-27: Estadístico prueba de normalidad – dimensión psicosocial del cuidado básico de enfermería

Media	72,00
Desviación estándar	25,292
Estadístico de prueba	0,134
p-valor	1,92E-19

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0

Teniendo en cuenta que el valor $p < 0,05$, se rechazó la hipótesis nula y se puede afirmar que la distribución de la variable dimensión psicosocial en la población no es normal, o no tiene una distribución gaussiana, según lo evidenciado en la gráfica que presenta una distribución asimétrica con una desviación negativa.

Gráfico 4-7: Comportamiento de los datos de la dimensión psicosocial del cuidado básico de enfermería



Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

4.6.4 Prueba de Kolmogórov-Smirnov para la variable dimensión relacional

Ho La variable dimensión relacional en la población tiene una distribución normal.

H1 La variable dimensión relacional en la población no tiene una distribución normal.

Si $p > 0,05$, la variable dimensión relacional en la población tiene una distribución normal.

Si $p < 0,05$, la variable dimensión relacional en la población no tiene una distribución normal.

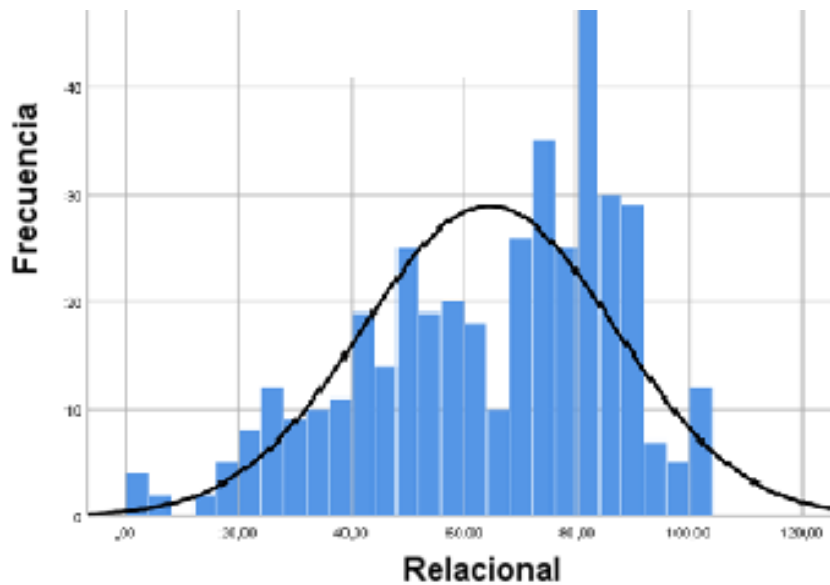
Gráfico 4-8: Estadístico prueba de normalidad – dimensión relacional del cuidado básico de enfermería

Media	64,45
Desviación estándar	22,393
Estadístico de prueba	0,116
p-valor	3,18E-14

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Teniendo en cuenta que el valor $p < 0,05$, se rechaza la hipótesis nula y se puede afirmar que la distribución de la variable dimensión relacional en la población no es normal, o no tiene una distribución gaussiana, según lo reflejado en la gráfica, debido a que presenta una distribución asimétrica con una desviación negativa.

Gráfico 4-9: Comportamiento de los datos de la dimensión relacional del cuidado básico de enfermería



Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

4.6.5 Aplicación de pruebas de correlación

Teniendo en cuenta que ninguna de las variables cumple con las características de normalidad y que el objetivo general es identificar la posible relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional, se aplicó la prueba estadística de correlación de rangos Rho de Spearman, la cual es una medida de correlación no paramétrica para describir la relación entre las variables, dimensión física y dimensión psicosocial, dimensión física y dimensión relacional y las dimensiones psicosocial y relacional.

4.6.6 Relación entre las dimensiones física y psicosocial

Hipótesis

Ho No hay relación entre las variables dimensión física y dimensión psicosocial.

H1 Sí hay relación entre las variables dimensión física y dimensión psicosocial.

Gráfico 4-10: Relación entre las dimensiones física y psicosocial del cuidado básico de enfermería

Rho de Spearman	Dimensión		Psicosocial
	Física	Coeficiente de correlación	0,619**
		Sig. (bilateral)	2,3E-44 (0.000)
		N	406

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Se obtuvo una relación estadísticamente significativa con un valor $p < 0,01$ y una fuerza de relación mayor o igual a 0.5. De acuerdo con lo anterior, se rechaza la hipótesis nula y se puede concluir con una probabilidad menor a 0,01 que el resultado haya sido causa del azar, sí existe una relación entre las variables dimensión física y dimensión psicosocial con un coeficiente de relación o fuerza de relación moderada.

4.6.7 Relación entre las dimensiones física y relacional

Hipótesis

Ho No hay relación entre las variables dimensión física y dimensión relacional.

H1 Sí hay relación entre las variables dimensión física y dimensión relacional.

Tabla 4-28: Relación entre las dimensiones física y relacional del cuidado básico de enfermería

Rho de Spearman	Dimensión		Relacional
	Física	Coefficiente de correlación	0,5**
Sig. (bilateral)		5,20E-27 (0.000)	
N		406	

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Se obtuvo una relación estadísticamente significativa con un valor $p < 0,01$ y una fuerza de relación mayor o igual a 0.5. De acuerdo con esto, se rechaza la hipótesis nula y se puede concluir con una probabilidad menor a 0,01 que el resultado ha sido causa del azar, y que sí existe una relación entre las variables dimensión física y dimensión relacional con un coeficiente de relación o fuerza de relación moderada.

4.6.8 Relación entre las dimensiones psicosocial y relacional

Hipótesis

Ho No hay relación entre las variables dimensión psicosocial y dimensión relacional.

H1 Sí hay relación entre las variables dimensión psicosocial y dimensión relacional.

Tabla 4-29: Relación entre las dimensiones psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería

Rho de Spearman	Dimensión		Relacional
	Psicosocial	Coefficiente de correlación	0,579**
		Sig. (bilateral)	9,1E-38 (0.000)
		N	406

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Se obtuvo una relación estadísticamente significativa con un valor $p < 0,01$ y una fuerza de relación mayor o igual a 0.5. De acuerdo con esto, se rechaza la hipótesis nula y se puede concluir con una probabilidad menor a 0,01 que el resultado ha sido causa del azar, y que sí existe una relación entre las variables dimensión psicosocial y dimensión relacional con un coeficiente de relación o fuerza de relación moderada.

4.6.9 Comparación entre hombres y mujeres

Se realizó análisis de correlación comparando los resultados obtenidos entre hombres y mujeres con el fin de evaluar el nivel de significancia, la fuerza de la relación y las diferencias entre sexos.

4.6.10 Comparación entre hombres y mujeres entre las dimensiones física y psicosocial

Tabla 4-30: Comparación entre hombres y mujeres entre las dimensiones física y psicosocial del cuidado básico de enfermería

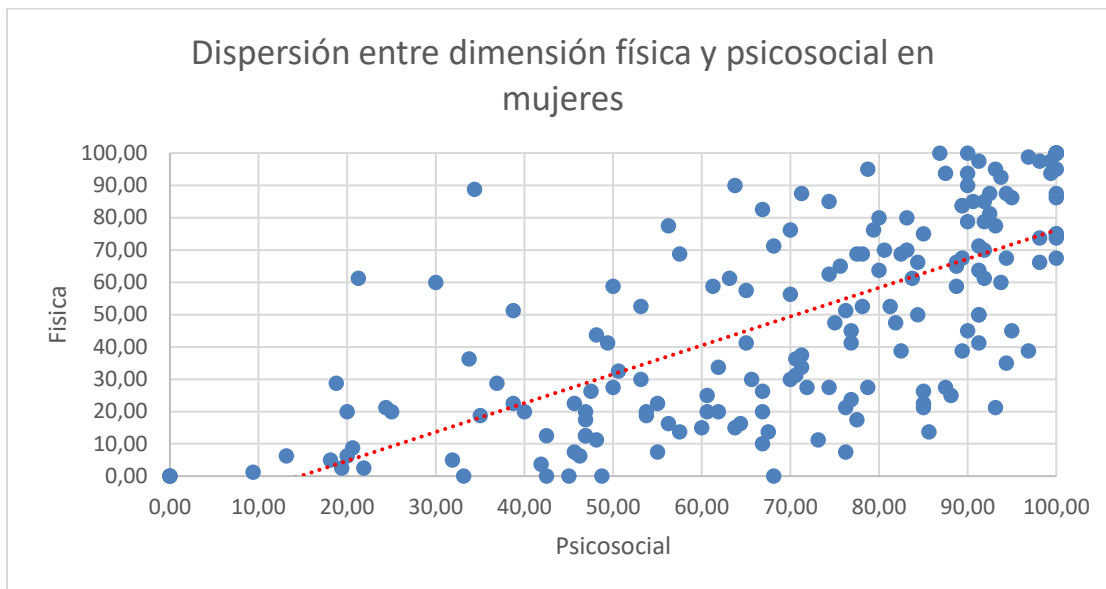
Rho de Spearman	Dimensión		Psicosocial hombres	Psicosocial mujeres
		Física	Coeficiente de correlación	,520**
		Sig. (bilateral)	8,3E-17 (0.000)	1,3E-33 (0.000)
		N	222	184

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

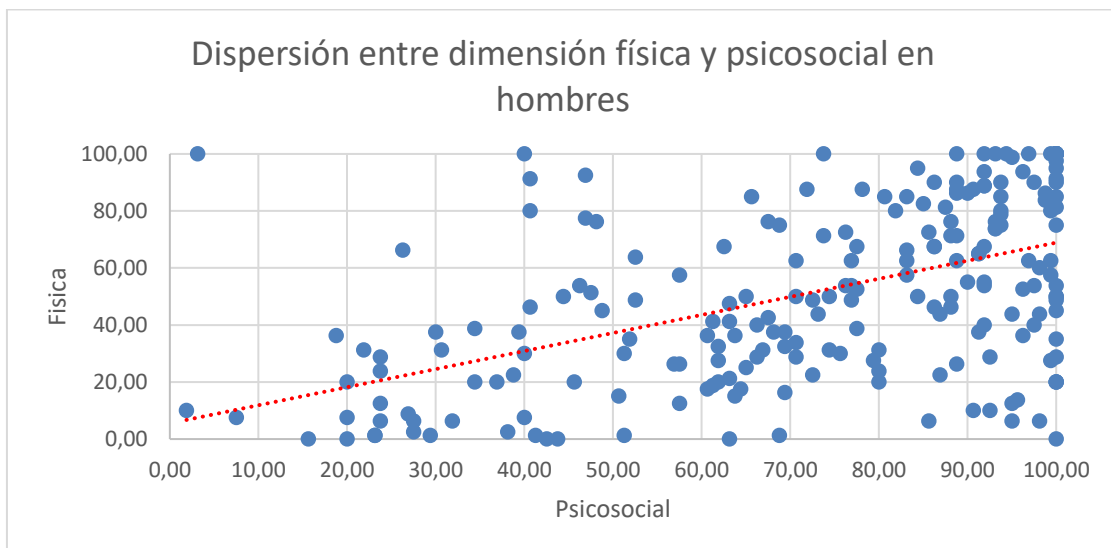
Al comparar la dimensión física y psicosocial se observó que tanto en hombres como en mujeres existe una relación estadísticamente significativa con un valor $p < 0,01$; sin embargo, en las mujeres este valor fue dos veces más pequeño, lo que quiere decir que la probabilidad de que el resultado haya sido causa del azar y no de una relación real, es casi dos veces menor en las mujeres; así mismo, el coeficiente de correlación indica que la fuerza de esta relación es mayor en las mujeres comparada con los hombres.

Gráfico 4-11: Dispersión entre la dimensión física y psicosocial del cuidado básico de enfermería en mujeres



Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Gráfico 4-12: Dispersión entre la dimensión física y psicosocial del cuidado básico de enfermería en hombres



Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Al observar las gráficas de puntos se puede ver una mayor dispersión en los datos obtenidos de las respuestas otorgadas por los hombres en comparación con las mujeres, en los primeros existe una mayor cantidad de valores extremos que se encuentran alejados de la línea de tendencia hacia donde se agrupa la mayor cantidad de datos, y aunque la fuerza de relación es más evidente gráficamente en las mujeres, los dos grupos individualmente conservan una relación estadísticamente significativa entre la dimensión física y psicosocial, pero como bien lo muestra la tabla, es también mayor en las mujeres.

4.6.11 Comparación entre hombres y mujeres entre las dimensiones física y relacional

Tabla 4-31: Comparación entre hombres y mujeres entre las dimensiones física y relacional del cuidado básico de enfermería

Rho de Spearman	Dimensión		Relacional en hombres	Relacional en mujeres
		Física	Coefficiente de correlación	,382**
	Sig. (bilateral)		4,2E-09 (0.000)	2,2E-22 (0.000)
	N		222	184

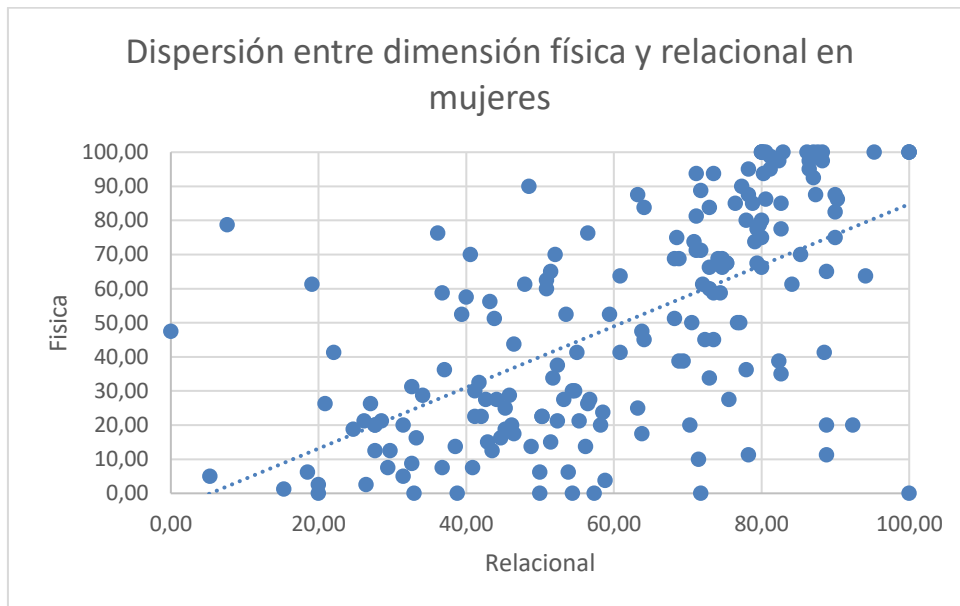
** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Al comparar la dimensión física y relacional se observó que tanto en hombres como en mujeres existe una relación estadísticamente significativa con un valor $p < 0,01$; sin embargo, en las mujeres este valor fue dos veces más pequeño, lo que quiere decir que la probabilidad de que el resultado haya sido causa del azar y no de una relación real, es casi dos veces menor en las mujeres que en los hombres;

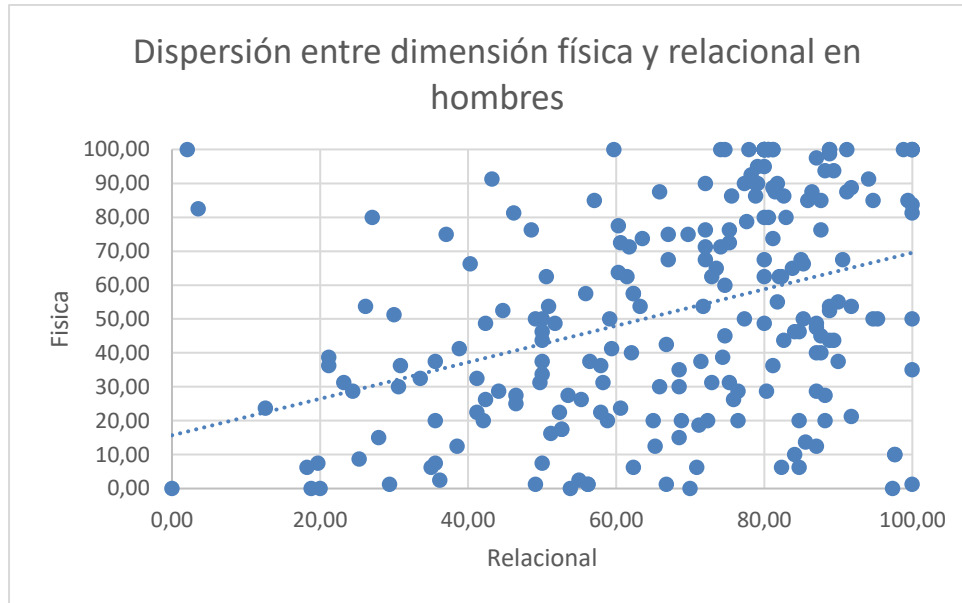
por otra parte, es de resaltar que el coeficiente de correlación también es casi dos veces mayor en las mujeres, lo que se interpreta como una mayor fuerza de asociación en las mujeres en comparación con los hombres.

Gráfico 4-13: Dispersión entre la dimensión física y relacional del cuidado básico de enfermería en mujeres



Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Gráfico 4-14: Dispersión entre la dimensión física y relacional del cuidado básico de enfermería en hombres



Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Al observar las gráficas se puede ver una mayor dispersión en los datos obtenidos de las respuestas otorgadas por los hombres en comparación con las mujeres, en los primeros existe una mayor cantidad de valores extremos que se encuentran alejados de la línea de tendencia hacia donde se agrupa la mayor cantidad de datos, y aunque la fuerza de relación es más evidente gráficamente en las mujeres, los dos grupos individualmente conservan una relación estadísticamente significativa entre la dimensión física y psicosocial, pero como bien lo muestra la tabla, es también mayor en las mujeres.

4.6.12 Comparación entre hombres y mujeres entre las dimensiones psicosocial y relacional

Tabla 4-32: Comparación entre hombres y mujeres entre las dimensiones psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería

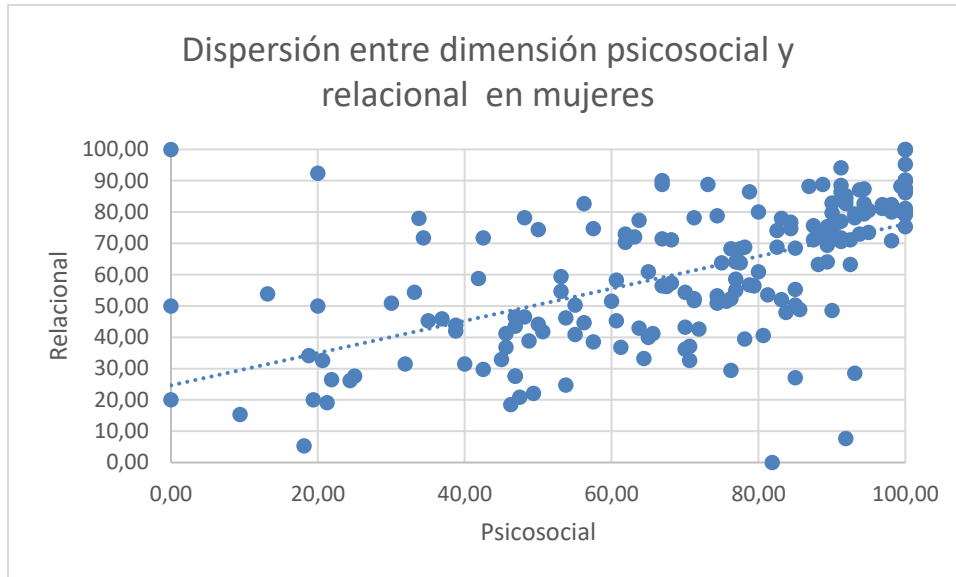
Rho de Spearman	Dimensión		Relacional en hombres	Relacional en mujeres
	Psicosocial	Coefficiente de correlación	,507**	,653**
		Sig. (bilateral)	6,49544E-16	8,8E-24
		N	222	184

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

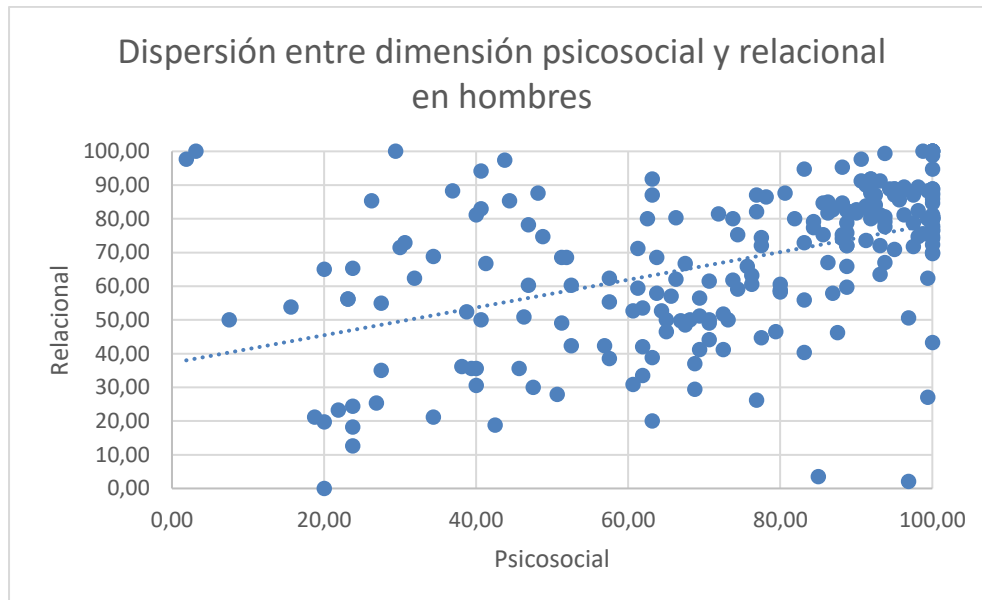
Del mismo modo que con las dos relaciones anteriores, se compara la dimensión física y relacional, se observó que tanto en hombres como en mujeres existe una relación estadísticamente significativa con un valor $p < 0,01$; sin embargo, en las mujeres este valor fue menor, lo que quiere decir que la probabilidad de que el resultado haya sido causa del azar y no de una relación real, es menor en las mujeres que en los hombres; por otra parte, el coeficiente de correlación también es ligeramente superior en las mujeres, lo que se interpreta como una mayor fuerza de asociación en las mujeres en comparación con los hombres.

Gráfico 4-15: Dispersión entre la dimensión psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería en mujeres



Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Gráfico 4-16: Dispersión entre la dimensión psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería en hombres



Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Al observar las gráficas se puede ver una similitud entre hombres y mujeres, en ambas existen valores extremos alejados de la línea de tendencia hacia donde se agrupa la mayor parte de los datos, lo que representa una relación entre las dimensiones psicosocial y relacional.

4.6.13 Correlación en grupos de edad por ciclo vital entre las tres dimensiones

Se realizó un análisis de correlación en las edades agrupadas por ciclo vital: jóvenes, adultos y personas mayores, con el fin de evaluar el nivel de significancia entre ellas, la fuerza de la relación y las diferencias entre grupos. A continuación, se presentan los resultados obtenidos.

Tabla 4-33: Comparación por ciclo vital entre las dimensiones física, psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería

Rho de Spearman	Dimensión		Psicosocial en jóvenes	Psicosocial en adultos	Psicosocial en personas mayores
	Física	Coefficiente de correlación	,624**	,615**	,569**
		Sig. (bilateral)	4,6E-08	7,1E-24	3,1E-12
		N	63	277	66
Rho de Spearman	Dimensión		Relacional en jóvenes	Relacional en adultos	Relacional en personas mayores
	Física	Coefficiente de correlación	,452**	,469**	,522**
		Sig. (bilateral)	2,0E-04	3,3E-13	3,2E-10
		N	63	277	66

Rho de Spearman	Dimensión		Relacional en jóvenes	Relacional en adultos	Relacional en personas mayores
	Psicosocial	Coefficiente de correlación	,527**	,559**	,582**
		Sig. (bilateral)	9,0E-06	4,1E-19	7,4E-13
		N	63	277	66

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional. Programa SPSS versión. 25.0.

Se compararon las tres dimensiones entre sí, se observó que independientemente de la edad, existe una relación estadísticamente significativa con un valor $p < 0,01$ para los tres grupos de edad con coeficientes de correlación semejantes, lo que muestra una fuerza de las relaciones similar en cada una de las dimensiones; por otra parte, aunque el valor p en cada una de las comparaciones sigue siendo significativa, se puede ver un valor mayor para los jóvenes en las tres comparaciones, lo que se interpreta como una probabilidad mayor que la relación en este grupo de edad sea a causa del azar y no de una relación real, pero que también se puede explicar por una menor cantidad de personas participantes en comparación con los demás grupos. A pesar de esto, sigue existiendo una relación estadísticamente significativa en esta categoría de edad entre las tres dimensiones.

5. Discusión

5.1 Caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería

El estudio presentó la caracterización de personas receptoras del cuidado básico de enfermería manteniendo un equilibrio no distante de lo planteado en la proyección de hombres y mujeres según lo planteado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (138), el cual estableció que para el 2022 se espera un porcentaje de 51,24 % mujeres y 48,76 % hombres.

El estudio se desarrolló con personas receptoras de cuidado de enfermería en los últimos seis meses, el 90,6 % corresponde a personas que refieren que su sitio de residencia fue cercano al lugar de hospitalización; un reducido número de personas refieren haber estado hospitalizada en un lugar diferente a su lugar habitual de residencia. En Colombia, producto de la pandemia por de COVID 19, durante los años 2020 y 2021, el número de personas hospitalizadas aumentó de forma significativa, lo que conllevó una mayor demanda de cuidado y de profesionales capacitados y calificados para brindar un cuidado de calidad; en los años 2018 y 2019, previo a la pandemia, se registraron 122.212.242 y 131.634.830 personas hospitalizadas, respectivamente, estos datos representaron el 2 % de todas las atenciones en salud durante estos años (139).

En términos de agrupación de edades, fue posible contar con participantes de todas las edades contempladas en el estudio, lo cual lo hace relevante en términos de que desde lo planteado en la significancia social tal como el aumento exponencial de envejecimiento de la población, que se evidencia principalmente en personas de edades superiores a 60 años (16,3%), ya que de acuerdo con las proyecciones del DANE, en el 2022 la esperanza de vida general en Colombia se estima en 77 años, en los hombres 74 y en las mujeres 80

(138). Los estudios cualitativos que han abordado el modelo conceptual de fundamentos del cuidado refieren haber contado con participantes de todos los rangos de edad.

El estrato socioeconómico es una variable contemplada en el presente estudio; sin embargo, no es una variable comparable ni equiparable con estudios previos debido a la falta de datos, ya que no suele reportarse en estudios de otros países. Se contó con una importante cantidad de población de estratos 2 y 3, dos participantes reportaron pertenecer al estrato 6. Según la estratificación socioeconómica del país la mayoría de las personas se encuentran catalogadas como estrato 2 y 3 (140), lo cual es congruente con el grueso de personas participantes de esta investigación.

El estudio se desarrolló con personas receptoras de cuidado de enfermería en los últimos seis meses, el 90,6 % corresponde a personas que refieren que su sitio de residencia fue cercano al lugar de hospitalización; sin embargo, dada la situación epidemiológica a raíz de la pandemia por COVID – 19, algunas personas refieren haber sido remitidas a lugares distantes debido a la disponibilidad hospitalaria.

El 99,3 % de los participantes refirió haber contado con algún tipo de afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). Esto es congruente con lo registrado en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2021 (ECV) (141) donde el 93 % de la población se reporta como afiliada; de este porcentaje, el 46,5 % hace parte del régimen contributivo y 53,2 % del régimen subsidiado. Es de resaltar que debido a la naturaleza privada de la institución donde se hizo la recolección de datos, la mayoría de los participantes presentan afiliación al régimen contributivo del sistema de salud.

El presente estudio mostró predominancia de participantes con un nivel de escolaridad de técnicos y profesionales, representando la mayoría de los colaboradores con el 53,2 %, seguido de participantes con secundaria completa, correspondiente al 20,2%. Los datos reportados son equiparables con lo reportado en el *Boletín Técnico Fuerza laboral y educación*, que señala que para el año 2021 el 70,5 % de las personas que se encontraban laborando contaban con educación universitaria y/o postgrado (142).

Según lo referido en el presente estudio, el credo hace parte importante la vida personas, en el estudio el 72,9 % manifestó algún tipo de creencia en este aspecto; en contraste, la Encuesta Nacional sobre Diversidad Religiosa (ENDR) reporta que en Colombia seis

personas de cada 10 son católicas, dos evangélicas o pentecostales y una es creyente, pero no afiliada a ninguna religión; así mismo, el 57,2 % son católicos, 19,5 % cristianos y el 13,2 % creyente no afiliado a ninguna religión, el porcentaje restante corresponde a agnósticos, ateos, testigos de Jehová, protestantes y otras religiones o creencias (143).

5.2 Descripción de las dimensiones física, psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería

La primera situación para tener en cuenta es reconocer que los elementos que se indagaron en cada una de las dimensiones se encuentran presentes en mayor o menor medida en las tres dimensiones del cuidado básico de enfermería. Esto es congruente con lo planteado en múltiples estudios a nivel internacional (47,48,89,144) quienes en sus resultados revelaron descripciones vívidas de los cuidados básicos de enfermería en aspectos físicos, psicosociales y relacionales. Llama la atención que suelen expresarse experiencias positivas y negativas de la atención recibida, aunque rara vez se describen intervenciones puntuales de enfermería, por lo que en la mayoría hay evidencias de manera genérica(46).

El procedimiento de análisis factorial exploratorio realizado en conjunto con los ítems de los tres instrumentos permitió vislumbrar los elementos que componen cada dimensión.

5.2.1 Descripción de la dimensión física del cuidado básico de enfermería

Los resultados obtenidos con el cuestionario basado en un plan de cuidados estandarizado con prescripción temporal de cuidados básicos (100) reflejan una amplia gama de respuestas, que van desde la no percepción por parte de las personas de elementos de la dimensión física del cuidado básico de enfermería hasta quienes reconocen en la enfermera el rol de cuidado de esta dimensión.

Dentro de los elementos de análisis, es de reconocer que en la mayoría de los casos corresponde a una labor delegada por las enfermeras a los auxiliares de enfermería,

quienes suelen realizarlas siempre y cuando las instituciones en las que laboran no tengan directrices diferentes al respecto.

El modelo conceptual en la dimensión física ha descrito ocho elementos: la limpieza y vestido personal, eliminación, comida y bebida, descanso y sueño, movilidad, comodidad, seguridad y gestión de la medicación, al contrastarlo con los resultados obtenidos mediante la prueba estadística de análisis factorial exploratorio aplicada al instrumento con el cual se evaluó la dimensión física, se observó que las preguntas se agruparon en ocho factores que coinciden casi en su totalidad con lo reportado en el modelo.

Los ítems, “la enfermera me ha preguntado si puedo ir al baño de manera independiente”, “la enfermera me ha preguntado si puedo vestirme sin ayuda” y “la enfermera me ha preguntado si puedo movilizarme solo, con o sin aparatos”, forman un grupo que hace referencia a movilidad. Los ítems, “la enfermera me ha preguntado sobre mi deposición” y “la enfermera me ha preguntado sobre mi orina”, corresponden a eliminación.

Los ítems, “la enfermera me ha preguntado si la habitación se encuentra ordenada y limpia” y “la enfermera me ha preguntado si hay algo que me incomode”, representan la necesidad de aseo.

Los ítems, “la enfermera me ha preguntado sobre mi estado general” y “la enfermera me ha preguntado si tengo dolor, equivalente a comodidad”, “la enfermera me ha preguntado sobre mi higiene” y “la enfermera me ha preguntado sobre el estado de mi pie”, hacen referencia a aseo y vestimenta. Los ítems, “la enfermera me ha preguntado sobre mi consumo de alimentos” y “la enfermera me ha preguntado sobre mi nivel de hidratación”, habla sobre el comer y beber.

El ítem, “la enfermera me ha preguntado si he descansado y dormido”, indaga sobre el descanso y sueño del paciente, y aunque la seguridad no está representada de forma explícita podría reflejarse en varias de las preguntas mencionadas anteriormente, anticipándose al riesgo que se puede inferir de cada una de las situaciones.

El ítem, “la enfermera me ha preguntado si me siento fatigado”, se agrupa de forma independiente con los demás factores.

La limpieza es uno de los elementos que, en el contexto de atención contemplado en el estudio, suele ser realizada por las auxiliares. Sin embargo, al indagar con los participantes del estudio se pregunta si el aspecto fue abordado por la enfermera y no necesariamente ejecutado por la misma, y contrario a lo que pueda llegar a pensarse, un amplio número de participantes sí reconoce esta acción de parte de la enfermera.

En la literatura se encuentran documentados estudios que plantean aspectos relacionados con la higiene y que incluyen intervenciones relacionadas con el auto cuidado e higiene corporal y bucal; hacen referencia a que las intervenciones de enfermería deben abordar la educación y la finalidad de cada una de las actividades adaptadas a las necesidades individuales de los pacientes, esto se logra cuando se contemplan, además, aspectos circundantes como los recursos con los que se cuenta (144–148). Convergen al afirmar que cuando las enfermeras cuidan la higiene del paciente se ponen a prueba elementos que van desde la valoración hasta el tratamiento (p. ej., desde el conocimiento sobre la evaluación de la piel hasta el tratamiento que permita mantenerla íntegra). En esta situación, las enfermeras necesitan tener acceso a la evidencia científica sólida, con el fin de poner en práctica las intervenciones más eficaces (77). Los pacientes reconocen el impacto que tiene para su bienestar el sentirse limpios y cómo involucrarse en un ámbito íntimo con enfermería les permite solicitar y recibir asistencia con confianza(146)

Con respecto a la eliminación urinaria y fecal, se han contemplado estudios que plantean intervenciones tendientes a mejorar las necesidades de eliminación de las personas y que incluyen promover mejoras en la eliminación, entrenamientos de la vejiga y entrenamientos para el uso de catéteres y otros dispositivos. Si bien el aspecto primario a resaltar es de tipo biológico, surgen otros elementos a considerar en el momento vulnerable de las personas que involucran la dignidad y la autonomía, contempladas en las dimensiones del cuidado básico de enfermería psicosocial y relacional (74,89,94,144).

La alimentación e hidratación también ha sido abordada desde el modelo conceptual de fundamentos del cuidado. En este aspecto se han identificado intervenciones tendientes a brindar apoyo nutricional, estrategias para promover la alimentación e hidratación y protocolos de alimentación(149). Se han contemplado aspectos tales como las dinámicas de comer y beber, tipos de dietas, hábitos alimenticios que pueden influir en alteraciones como estreñimiento y diarrea, calidad de los alimentos, aspectos relacionados con la

deglución, alteraciones que impiden la alimentación tales como no poder sujetar los utensilios, no poder cortar la comida o abrir los empaques de alimentos (144,150)

Las personas reconocen y aprecian el tiempo que las enfermeras dedican para estar presentes en los procesos de alimentación e hidratación, como la preparación de los pacientes para comer, la apertura de recipientes, ofrecer y explicar las opciones de qué y cuándo comer, proporcionar asistencia y estímulo para comer (150,151).

La literatura refiere que las personas identifican la importancia de la presentación personal, el desarrollo de rutinas para vestirse como parte de la autonomía e independencia, y de igual manera, el sentirse sucio, tener el cabello despeinado o no llevar su propia ropa como una vulneración a la dignidad (144).

Con respecto a la movilidad, la literatura reporta que las personas valoran la movilidad y la independencia (144,151–155) y ser asistidos y animados a moverse según sus capacidades (151) así mismo, aprecian las intervenciones que propenden por prevenir las caídas (151) y las intervenciones que ayudan a las necesidades de movilidad de los pacientes (74). Otros elementos descritos en la movilidad de las personas incluyen proporcionar estímulos, establecer objetivos específicos y alcanzables en compañía de los receptores de cuidado, utilizar estrategias para reducir el dolor antes de las actividades que favorezcan la movilidad, el desarrollo de planes de cuidados flexibles y ajustables con los pacientes y el ajuste de éstos a medida que hay cambios que lo ameriten (144,151–154)

Un estudio exploratorio en pacientes con cáncer (46) aborda la comodidad en términos de manejo del dolor y comodidad física, del mismo modo, se pregunta cómo este elemento tiene impacto en la forma como las personas se relacionan, y la afectación que produce psicológica y emocionalmente (144).

En conclusión, son múltiples los estudios que documentan intervenciones de enfermería tendientes a abordar aspectos relacionados con la dimensión física del cuidado básico de enfermería, aunque, en algunas ocasiones, estos no suelen relacionarse con un modelo conceptual declarado explícitamente. Los resultados obtenidos evidencian que los ocho elementos evaluados se agrupan dentro del cuestionario utilizado para la medición.

5.2.2 Descripción de la dimensión psicosocial del cuidado básico de enfermería

Los resultados obtenidos con el instrumento de Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE-III) (101) con el que se evaluó la dimensión psicosocial en el cuidado básico de enfermería, reflejaron elementos que la componen y que han sido descritos en la literatura en estudios cualitativos (comunicación, estar involucrado e informado, privacidad, dignidad, respeto, educación e información, bienestar emocional, valores y creencias consideradas y respetadas). Estos son visibles para las personas participantes del estudio, quienes consideran que dentro del proceso de atención recibido sí son evidentes a la luz de los resultados obtenidos en la presente investigación.

De acuerdo con la literatura, cuando los pacientes se sintieron bien informados e involucrados en su cuidado, manifestaron haber afrontado el curso de su enfermedad con más facilidad (46). De igual manera, se rescata que elementos como la dignidad, la educación, la privacidad y el respeto a las decisiones tomadas, son visibles a la luz de lo referido por las personas que identifican estos elementos dentro de su proceso de atención sin poder hacer una distinción clara ni fácilmente diferenciable entre lo físico y lo psicosocial (144).

La privacidad ha sido descrita en estudios cualitativos como aquella presente en términos de lugar y espacio, estar en un lugar seguro y poder moverse conservando la intimidad y el pudor (46).

El modelo conceptual indica que la dimensión psicosocial cuenta con ocho elementos: comunicación, estar involucrado e informado, privacidad, dignidad, respeto, educación e información, bienestar emocional, y valores y creencias. Al aplicar la prueba de análisis factorial con extracción de ocho componentes, se agruparon en cinco factores que inicialmente no representaron ni reprodujeron claramente los ocho grupos o elementos del modelo; estos se clasificaron en cinco factores de la siguiente forma: los ítems, “le dedican el tiempo requerido para su atención”, “le dan indicaciones sobre su autocuidado, los cuidados que usted debe seguir, de manera oportuna”, “le explican los cuidados usando un tono de voz pausado”, “le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)”, “le proporcionan información suficiente y

oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud”, “le manifiestan que están pendientes de usted”, “le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento”, “responden oportunamente a su llamado”, “identificaron sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual”, “le escuchan atentamente”, “le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo” y “le brinda un cuidado cálido y dedicado”, se agruparon en un factor que representa el estar involucrado e informado, comunicación, educación e información.

Los ítems, “le llaman por su nombre”, “le demuestran respeto por sus creencias y valores”, “le ayudan a manejar su dolor físico”, “le demuestran que son responsables con su atención”, “le respetan sus decisiones”, “le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar”, “le respetan su intimidad” y “le administran a tiempo los medicamentos formulados por el médico”, se agruparon en el segundo factor equivalente a los elementos de dignidad, respeto, involucrado e informado, educación e información, valores y creencias.

Los ítems, “le hacen sentir como una persona”, “le tratan con amabilidad”, “le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización”, “le miran a los ojos cuando le hablan”, “le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes”, “le hacen sentir bien atendido cuando dialogan con usted” y “el personal de enfermería le hace sentir tranquilo (a) cuando está con usted”, se agruparon en el tercer factor que representaría los elementos de dignidad, respeto, estar involucrado e informado, educación e información, bienestar emocional.

Los ítems, “le explican previamente los procedimientos”, “le responden con seguridad y claridad a sus preguntas” y “le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos” corresponden al cuarto factor, este se identifica con los elementos de educación e información, respeto.

Los ítems, “le generan confianza cuando lo (la) cuidan” y “le facilitan el diálogo” corresponde al quinto y último grupo, pertenece a bienestar emocional, comunicación, resultado del análisis estadístico. Aunque el análisis factorial exploratorio no identifique todos los elementos del modelo teórico de forma independiente, no significa que estos no estén representados en las preguntas del instrumento; sin embargo, sí plantea una agrupación diferente de estos dentro del modelo. Los resultados obtenidos evidencian que

cinco de los ocho elementos evaluados se agrupan dentro del instrumento utilizado para la medición.

5.2.3 Descripción de la dimensión relacional del cuidado básico de enfermería

La tercera dimensión descrita que es la relacional, fue evaluada mediante el instrumento versión colombiana de la escala de cuidados individualizados (125).

El modelo conceptual establece que la dimensión relacional está compuesta por nueve elementos: ser compasivo, estar presente con los pacientes, apoyar e involucrar a las familias y a los cuidadores, ayudar a los pacientes a sobrellevar la situación, trabajar con los pacientes para establecer objetivos, lograr y evaluar la progresión de los objetivos, ayudar a los pacientes a mantener la calma, escucha activa, ser empático y comprometerse con los pacientes; dentro del análisis factorial se identificaron cinco: los ítems, “se han tenido en cuenta para mi cuidado las sensaciones que he tenido sobre mi enfermedad/estado de salud (p. ej., ansiedad, angustia, incertidumbre, ira, dolencias)”, “se han tenido en cuenta para mi cuidado mis necesidades que requerían asistencia y atención”, “se han tenido en cuenta para mi cuidado los cambios en mis sentimientos relacionados con mi enfermedad/estado de salud”, “se han tenido en cuenta para mi cuidado mis miedos y preocupaciones”, “se ha tenido en cuenta para mi cuidado el modo en que me ha afectado la enfermedad/estado de salud”, “se ha tenido en cuenta para mi cuidado el significado que tiene para mí la enfermedad/estado de salud”, “se ha tenido en cuenta para mi cuidado mi vida cotidiana fuera del hospital (p. ej., trabajo, estudio, actividades del hogar, descanso)”, “se han tenido en cuenta para mi cuidado mis experiencias en anteriores hospitalizaciones” y “durante mi estancia en el hospital se han tenido en cuenta mis hábitos diarios (p. ej., aseo personal, hábitos alimenticios, de actividad física)”, hacen parte del primer factor que representa los elementos de ayudar a los pacientes a mantener la calma, ser empático, trabajar con los pacientes para establecer objetivos, lograr y evaluar la progresión de los objetivos.

Los ítems, “los profesionales de enfermería han identificado los cambios en mis sentimientos relacionados con mi enfermedad/estado de salud”, “los profesionales de

enfermería han hablado conmigo sobre mis miedos y preocupaciones”, “los profesionales de enfermería han hecho el esfuerzo de averiguar cómo me afecta la enfermedad/estado de salud”, “los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre el significado que tiene para mí la enfermedad/estado de salud”, “los profesionales de enfermería me han preguntado qué cosas hago en mi vida cotidiana fuera del hospital (p. ej., trabajo, estudio, actividades del hogar, descanso)”, “los profesionales de enfermería me han preguntado sobre mis experiencias en anteriores hospitalizaciones”, “los profesionales de enfermería me han preguntado sobre mis hábitos diarios (p. ej., aseo personal, hábitos alimenticios, de actividad física)”, “los profesionales de enfermería me han preguntado si quiero que mi familia participe en mis cuidados” y “los profesionales de enfermería se han asegurado que he entendido las instrucciones que he recibido en el hospital”, corresponden al segundo factor que congrega los elementos del modelo ser empático, compromiso con los pacientes y escucha activamente.

Los ítems, “he asumido la responsabilidad de mi cuidado hasta donde he podido”, “mi familia ha participado en mi cuidado si yo he querido que lo hagan”, “he entendido las instrucciones que me han dado en el hospital”, “he recibido de los profesionales de enfermería suficiente información sobre mi enfermedad/estado de salud”, “se han tenido en cuenta en mi cuidado los deseos que he expresado”, “he participado en la toma de decisiones sobre mi cuidado”, “se han tenido en cuenta en mi cuidado las opiniones que he expresado” y “he podido decidir cuándo bañarme”, corresponden al tercer factor en el cual se identificaron los elementos de trabajo con los pacientes para establecer objetivos y lograr y evaluar la progresión de los objetivos.

Los ítems, “los profesionales de enfermería me han preguntado sobre qué quiero saber o las dudas que tengo acerca de mi enfermedad/estado de salud”, “los profesionales de enfermería han escuchado mis deseos personales sobre mi cuidado”, “los profesionales de enfermería me han ayudado a participar en las decisiones sobre mi cuidado” y “los profesionales de enfermería me han ayudado a expresar mis opiniones sobre mi cuidado”, corresponden al cuarto factor y representan los elementos ser empático, apoyar e implicar a las familias y a los cuidadores;

Los ítems, “los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre los sentimientos que he tenido acerca de mi enfermedad/estado de salud”, “los profesionales de enfermería

han hablado conmigo acerca de mis necesidades que requieren cuidados y atención de parte de ellos” y “los profesionales de enfermería me han dado la oportunidad de asumir la responsabilidad de mi cuidado hasta donde yo he podido”, corresponden al quinto factor donde se identifican los elementos escuchar activamente, estar presente con los pacientes, trabajar con los pacientes para establecer, lograr y evaluar la progresión de los objetivos.

Finalmente, en el sexto factor el ítem “los profesionales de enfermería me han preguntado en qué momento prefería bañarme” representa escuchar activamente y ser empático. Al igual que en la dimensión psicosocial, los resultados del análisis factorial evidencian las dimensiones agrupadas en seis elementos, y algunos ítems del instrumento pueden representar varios elementos al tiempo.

Los elementos ser compasivo, estar presente con los pacientes, apoyar e involucrar a las familias y los cuidadores, ayudar a los pacientes a sobrellevar la situación, trabajar con los pacientes para establecer, lograr y evaluar la progresión de los objetivos, ayudar a los pacientes a mantener la calma, escucha activa, ser empático y comprometerse con los pacientes se encontraron presentes a la luz de los resultados obtenidos.

La literatura refiere que, desde el punto de vista cualitativo, las personas describen cómo las acciones de quienes los atienden ayudan a aliviar los sentimientos difíciles experimentados a causa de la enfermedad. Dos comportamientos parecen estar involucrados directamente; el primero tener un enfoque estructurado de la recuperación y el segundo proporcionar cuidados de forma respetuosa, personalizada y oportuna, es decir, de forma empática. Esta atención respetuosa, personalizada, individualizada y oportuna hace sentir a las personas como importantes dentro del proceso de recuperación (144). La comunicación vista como la piedra angular dentro del establecimiento de una buena relación enfermera-paciente suele ser pobremente descrita (46). Esto es visible cuando las personas describen la relación entablada con diferentes profesionales de la salud, pero no mencionan específicamente la relación con la enfermera; en términos generales, se espera que la relación se haga más explícita debido a que se identifican retos importantes para lograr una comunicación efectiva (144).

5.3 Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional

Los resultados del presente estudio demuestran que sí existe una relación entre las variables dimensión física y dimensión psicosocial con un coeficiente de relación o fuerza de relación moderada, sí existe una relación entre las variables dimensión física y dimensión relacional con un coeficiente de relación o fuerza de relación moderada, y sí existe una relación entre las variables dimensión psicosocial y dimensión relacional con un coeficiente de relación o fuerza de relación moderada. Al respecto y desde la naturaleza del planteamiento del modelo conceptual de fundamentos del cuidado (6,45,47,54,89,92,156), se reconoce que las tres dimensiones son necesarias para que el cuidado básico de enfermería se encuentre presente.

La literatura refiere que no hay una distinción clara que permita observar en dónde termina lo físico e inicia lo psicosocial como elementos de cuidado básico. En este estudio también se identifican situaciones en las cuales es difícil desligar cómo una dimensión puede verse presente sin que otra también lo haga.

Un estudio en pacientes con cáncer describe que las experiencias físicas se entrelazan con las experiencias en torno al apoyo a preservar la dignidad, la comunicación, a entender el impacto del tratamiento, y que la experiencia en la relación sea positiva o negativa dan forma a dicha experiencia. Esta es sólo una ilustración de la importancia de abordar aspectos físicos, psicosociales y relacionales de los fundamentos de la atención, que entendido desde este punto de vista puede afectar la recuperación de las personas (46). Los cuidados básicos se describen en mayor o menor medida dentro del modelo conceptual de fundamentos del cuidado; para cada elemento de la dimensión física hay un conjunto de decisiones y acciones en torno a una serie de elementos de las dimensiones psicosocial y relacional. Por ejemplo, abordar la eliminación, el aseo personal y el comer y beber sin tener presente la dignidad es difícil de imaginar, y la forma cómo se abordan ambas será producto de la relación que se establezca. Esto obliga a pensar de forma integrada y no desligada como puede verse hoy en día en algunas circunstancias.

Ahora bien, los elementos que componen cada dimensión suelen ser percibidos por las personas en mayor o menor medida, lo que plantea nuevas preguntas, por ejemplo, si

algunos de esos elementos se consideran más importantes que otros y por qué. A partir de ello, ¿cómo garantizar que realmente todos los elementos que componen las tres dimensiones realmente se contemplen?, y algo más complejo ¿cómo diferenciar los cuidados básicos de enfermería de los cuidados avanzados?

Finalmente, otros aspectos indagados en la caracterización sociodemográfica incluidos en el presente estudio pueden vislumbrar variables de confusión para tener en cuenta en la realización de estudios posteriores, ya que teniendo en cuenta que los estudios comparativos para el presente estudio son netamente cualitativos, no se cuenta con información adicional que permita realizar comparaciones equiparables.

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

La presente investigación buscó dar comprobación al modelo conceptual de fundamentos del cuidado y, de esta manera, trazar una nueva línea de investigación que continúe propendiendo por transformar el cuidado y la práctica de enfermería en este fenómeno. A continuación, se presentan las conclusiones que se derivan de los objetivos planteados.

1. El perfil sociodemográfico fue una estrategia planteada a fin de minimizar los sesgos durante la investigación. La literatura disponible y el no contar con estudios previos en la misma dirección plantearon retos sobre los elementos a considerar como variables, y permiten que una vez finalizado el estudio se identifiquen variables confusoras que servirán como referente en estudios futuros. El abordaje de un número significativo de participantes distribuidos en género y edad proporcionales y que se muestran como elementos significativos, así como otros elementos como el nivel de escolaridad, estrato socioeconómico, raza o etnia, credo, ocupación y entre otras, pueden ser relevantes en la forma cómo algunos aspectos contenidos en las dimensiones del cuidado básico de enfermería pueden ser interpretados y abordados.
2. Con respecto al primer objetivo, descripción de la dimensión física del cuidado básico de enfermería, se puede concluir que se rescata como un aspecto positivo el reconocimiento por parte de los participantes sobre las acciones de cuidado de enfermería que abordan la dimensión, y que esto, a su vez, repercute en la validez de lo planteado en el modelo conceptual, afirmando entonces que los elementos

allí descritos sí hacen referencia a la dimensión física del cuidado básico de enfermería.

3. Con respecto al segundo objetivo, descripción de la dimensión psicosocial del cuidado básico de enfermería, se puede concluir que es una dimensión reconocida por los participantes, vista como aquella dimensión que no puede desligarse de la dimensión física debido a que las acciones emprendidas en esta última suscitan retos para lograr el éxito de la primera. De igual manera, el abordaje de esta dimensión propende modificar el curso de la enfermedad o condición presentada por el participante, ya que transforma la visión que tiene de sí mismo y de lo que está viviendo. A la luz de lo planteado en el modelo conceptual de fundamentos del cuidado, lo planteado en el modelo conceptual sí corresponde a la dimensión psicosocial del cuidado básico de enfermería.
4. Con respecto al tercer objetivo, descripción de la dimensión relacional del cuidado básico de enfermería, se puede concluir que es una dimensión puente en el cumplimiento de las otras dos dimensiones presentes, y que es reconocida por los participantes como aquella dimensión que impacta en el desarrollo positivo o negativo de los elementos contenidos en las dimensiones física y psicosocial.
5. La comprobación metodológica se constituye en un nuevo esquema poco tradicional en el abordaje de medición de fenómenos de enfermería y se orienta a resolver situaciones en la cuales la descripción de fenómenos no presenta una ruta clara frente al desarrollo de este. Haciendo uso del juicio de expertos se validó el uso que se dio al cuestionario y los instrumentos a utilizar en el estudio; mediante análisis factorial exploratorio se confirmó que las tres dimensiones del cuidado básico de enfermería descritas en el modelo conceptual de fundamentos del cuidado están definidas: mediante análisis factorial exploratorio se agruparon los elementos contenidos en cada instrumento a fin de identificar si coincidían con lo planteado en el modelo conceptual de fundamentos del cuidado.
6. Para el objetivo general, determinar la relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería se puede concluir que

existe una relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería. Esto determinado por los valores encontrados en los análisis de correlación y demuestra que la relación entre las dimensiones física y psicosocial, entre psicosocial y relacional, y entre física y relacional es moderada en los tres casos.

7. Desde el punto de vista del modelo conceptual de fundamentos del cuidado el cual fue utilizado como marco de la presente investigación, se comprueba la teoría descriptiva que hace referencia a que sí existe relación entre las dimensiones planteadas a partir de estudios cualitativos.

6.2 Recomendaciones

Teniendo en cuenta que no se contaba con estudios previos de medición del fenómeno de cuidado básico de enfermería y que es el primer abordaje que se da en el país, los resultados evidencian elementos susceptibles de transformar la práctica de enfermería en nuestro contexto.

La descripción de las dimensiones que componen el cuidado básico de enfermería, así como la identificación de su relación, son un avance importante en la forma como se ve hasta hoy dicho cuidado, y es un primer paso en la transformación que debe darse en diferentes niveles jerárquicos. Esto se traduce en cambiar la forma como tradicionalmente se mide el alcance y la labor que enfermería desempeña.

A continuación, se presentan las recomendaciones derivadas de la investigación.

- Para la Investigación

1. Continuar con el desarrollo de estudios cuantitativos que permitan predecir la ocurrencia del fenómeno, generar modelos e intervenciones que involucren las tres dimensiones del cuidado básico de enfermería y que se traduzcan en los mejores resultados para las personas.

2. Realizar estudios que permitan identificar las necesidades de cuidado básico por grupos de edad, condiciones de salud, contextos de atención y otros que puedan impactar de manera positiva en situaciones específicas de salud.

3. Abordar el fenómeno del cuidado básico de enfermería en escenarios diferentes al ámbito hospitalario debido a que según los elementos que componen las dimensiones son susceptibles de ser abordados en todos los campos donde enfermería se desempeña.

4. Realizar estudios que aborden las dimensiones del cuidado básico de enfermería contemplando los demás elementos planteados fuera del círculo concéntrico del modelo conceptual.

5. Diseñar un instrumento con propiedades psicométricas óptimas que permita medir las tres dimensiones en conjunto.

6. Extender la descripción de las dimensiones del cuidado básico de enfermería a actores diferentes al sujeto de cuidado, como cuidadores, familiares, enfermeras y otros que se consideren pertinentes.

7. Diseñar y evaluar el efecto de intervenciones que midan el impacto de las dimensiones del cuidado básico de enfermería con resultados clínicos.

8. Consolidar una línea de investigación propia del cuidado básico de enfermería.

- Para la docencia

1. Fortalecer los procesos de enseñanza -aprendizaje con respecto al cuidado básico de enfermería a fin de romper el esquema tradicional de formación que, en algunos casos, despersonaliza el rol del enfermero frente a dicho cuidado y lo relega al rol del auxiliar de enfermería.

2. Incorporar los hallazgos de investigación en los contenidos de las asignaturas de los planes de estudio de enfermería.

- Para la disciplina

1. Ampliar y seccionar el estudio del fenómeno del cuidado básico de enfermería contemplando los aspectos identificados en el presente estudio, como variables de confusión.
2. Fortalecer el conocimiento propio del fenómeno a partir de herramientas disciplinares de enfermería como la estructura conceptual – teórica – empírica.
3. Divulgar la comprobación de teoría de enfermería existente como parte del crecimiento disciplinar.
4. Incursionar en nuevas metodologías que permitan continuar con el desarrollo y construcción del fenómeno.

- Para la práctica

1. Formar a los enfermeros en los elementos que componen el cuidado básico de enfermería a fin de reorientar la práctica en las acciones de cuidado en este aspecto.
2. Incorporar el cuidado básico de enfermería de manera consciente en escenarios de cuidado diferentes al ámbito hospitalario.

- Para los tomadores de decisiones y constructores de políticas

1. La descripción y posterior relación de las dimensiones que componen el cuidado básico de enfermería se constituyen en un punto de partida para el cambio en la forma cómo se miden tradicionalmente las acciones de enfermería. A nivel asistencial es fácilmente identificable la medición de elementos de la dimensión física del cuidado básico de enfermería; sin embargo, estos se dan de manera aislada a la dimensión psicosocial y relacional (dimensiones poco o nulamente identificadas como parte de la medición). Esta situación hace poco visible el trabajo desempeñado y por consiguiente subestima

el actuar propio disciplinar. Se requiere repensar la forma cómo se hace la medición de los elementos que componen el cuidado básico de enfermería e incluir los aspectos no visibles pero que representan e implican desplegar recursos para su cumplimiento.

6.3 Limitaciones

Dentro del proceso investigativo se identificaron dificultades constituidas como limitantes que buscaron mitigarse a fin de cumplir con los objetivos del estudio.

1. No contar con instrumentos propios para la medición del fenómeno, lo cual llevó a repensar una forma de llevar a cabo la medición planteando tiempos razonables.
2. No contar con metodología claramente definida para el uso de instrumentos, lo cual requirió de tiempos importantes para la construcción del mejor método posible disponible desde el abordaje de la teoría psicométrica.
3. Los tiempos para la obtención de avales en diferentes instancias fue considerable, lo que prolongó los tiempos planteados para la investigación.
4. La pandemia por COVID -19 implicó la suspensión total de recolección de información, lo cual llevó a ampliar de manera sustancial el tiempo destinado para dicha actividad.
5. Los trámites administrativos para la ejecución de recursos de investigación suelen ser dispendiosos y extensos, lo cual retrasa los procesos propios de investigación.

ANEXOS

A. Plan de cuidados básicos estandarizados

Supervisión de la higiene completa una vez al día
Control del estado adecuado de higiene una vez por turno
Vigilancia de la integridad cutánea y promoción de los cuidados de esta
Control de la deposición
Control de la adecuada micción diaria
Confirmar que el paciente realiza las comidas completas
Comprobar el adecuado nivel de hidratación
Confirmar que el paciente es independiente para ir al servicio
Confirmar que el paciente puede vestirse sin ayuda
Confirmar que puede deambular solo, con o sin ayuda de dispositivos
Estimular la deambulación una vez por turno
Comprobar cada turno si el paciente presenta signos o síntomas de fatiga
Confirmar si el paciente se ajusta a los ritmos de vigilia. Descanso
Establecer una relación de ayuda/ preguntar por su estado general una vez por turno
Vigilar las condiciones de la habitación (limpieza, temperatura, orden, etc.)
Preguntar si ha habido alguna incidencia que le haya molestado

Fuente: Validación de una herramienta de prescripción de cuidados básicos estandarizados y evaluables con temporalidad (100).

B. Aval uso plan de cuidados básicos estandarizados



Karen Tatiana Roa Lizcano <ktroal@unal.edu.co>

Solicitud

victor manuel gonzalez <vchorda@uji.es>
Para: Karen Tatiana Roa Lizcano <ktroal@unal.edu.co>

9 de julio de 2020, 02:40

Estimada Karen,

En primer lugar, felicitarte por el tema de tu tesis. Considero que es actual, relevante y necesario para nuestra profesión.

Por otra parte, soy investigador colaborador en el grupo de investigación Gerencia en Salud y Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, que dirige Fred Gustavo Manrique Abril. Además, en este momento se está tramitando un convenio marco de colaboración entre la Nacional y la Jaime I. Fred y yo compartimos [publicaciones](#) y estamos trabajando en varios proyectos y libros para Elsevier y para la Nacional. De hecho, en 2019, tuve la oportunidad de hacer una estadía de investigación de dos meses en vuestro bello país.

Te comento todo esto porque estuve comentando tu correo con Fred (me dijo que os conocéis) y ambos consideramos que tenemos una oportunidad de colaboración interesante entre manos y todos deberíamos aprovecharla.

Respecto al uso de los planes de cuidados estandarizados según capacidad funcional, puedes utilizarlos siempre que cites la fuente. Están publicados en open acces y tienen licencia creative commons. Sin embargo, me gustaría conocer más a fondo el uso que les vas a dar y ver si podemos sacar provecho. En concreto, creemos que es interesante avanzar en el proceso de validación de los planes de cuidados y conocer la opinión de las enfermeras sobre su utilidad.

Si estáis de acuerdo, podríamos buscar un día de la semana próxima y hacer una videoconferencia para conocernos y comentar el asunto.

Nos gustaría dejar claro que nuestra intención no entrometernos en tu tesis doctoral; para ello ya cuentas con una directora de tesis con amplia experiencia. Nuestra intención es aportar pequeños granitos de arena que hagan avanzar a la enfermería como disciplina y profesión.

Saludos cordiales y encantado de escribirte,
Víctor González.

C. Cuestionario de la dimensión física del cuidado básico de enfermería basada en un plan de cuidados estandarizado con prescripción temporal

A continuación, le presentamos una serie de actividades de cuidado durante su hospitalización. Marque la que considere que describe su situación:

ÍTEM	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1. La enfermera me ha preguntado sobre mi higiene. Estado adecuado de higiene				
2. La enfermera me ha preguntado sobre el estado de mi piel				
3. La enfermera me ha preguntado sobre mi deposición				
4. La enfermera me ha preguntado sobre mi orina				
5. La enfermera me ha preguntado sobre mi consumo de alimentos				
6. La enfermera me ha preguntado sobre mi nivel de hidratación				
7. La enfermera me ha preguntado si puedo ir al baño de manera independiente				
8. La enfermera me ha preguntado si puedo vestirme sin ayuda				
9. La enfermera me ha preguntado si puedo movilizarme solo, con o sin aparatos				
10. La enfermera me ha preguntado si he caminado				
11. La enfermera me ha preguntado si me siento fatigado				
12. La enfermera me ha preguntado si he descansado y dormido				
13. La enfermera me ha preguntado sobre mi estado general				
14. La enfermera me ha preguntado si tengo dolor				
15. La enfermera me ha preguntado si la habitación se encuentra ordenada y limpia				
16. La enfermera me ha preguntado si hay algo que lo incomode				

D. Instrumento Percepción de Cuidado Humanizado (PCHE) - versión 3

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	ITEMS RELACIONADOS
Cualidades del hacer de enfermería	Se refiere a las cualidades y valores que caracterizan al personal de enfermería que brinda cuidado. En esta categoría se destacan aspectos como facilitar que el paciente experimente sensaciones de bienestar y confianza, logrando que perciba un vínculo respetuoso en la relación enfermera(o)-paciente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le hacen sentirse como una persona 2. Le tratan con amabilidad 6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted 7. Le hacen sentirse tranquilo(a), cuando están con usted 8. Le generan confianza cuando lo(la) cuidan 15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado 17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores
Apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente	Esta categoría se refiere a la apertura por parte de quien brinda el cuidado (enfermera'o)) a un proceso dinámico, fundamental para el crecimiento, el cambio y la conducta, que permiten la interacción con el sujeto de cuidado (paciente) a través de habilidades comunicativas que posibilitan la transmisión de una realidad y la interacción con la misma. Esta apertura se orienta a la escucha activa, al diálogo, a la presencia y la comprensión de quien es cuidado.	<ol style="list-style-type: none"> 4. Le miran a los ojos, cuando le hablan 5. Le dedican tiempo para aclarar e sus inquietudes 9. Le facilitan el diálogo 10. Le explican previamente los procedimientos 11. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas 12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos 14. Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud 19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud
Disposición para la atención	Se refiere a la disposición que surge de ser solicitado por el sujeto de cuidado, que no se limita a un acto de observar sino que requiere en una inmersión en su realidad para descubrir sus necesidades y fortalecer el vínculo que los une en el cuidado	<ol style="list-style-type: none"> 3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización 13. Le dedican el tiempo requerido para su atención 16. Le llaman por su nombre 18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal) 20. Le manifiestan que están pendientes de usted 21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento 22. Responden oportunamente a su llamado 23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual 24. Le escuchan atentamente 25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo 26. Le brindan un cuidado cálido y delicado 27. Le ayudan a manejar el dolor físico 28. Le demuestran que son responsables con su atención 29. Le respetan sus decisiones 30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar 31. Le respetan su intimidad 32. Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico

Fuente: Validez y confiabilidad del instrumento "Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) 3ª versión"(101).

E. Aval uso de instrumento PCHE - versión 3

ACUERDO DE RECEPCIÓN Y USO DEL INSTRUMENTO: "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN"

Con el presente acuerdo las(os) receptoras(es) del INSTRUMENTO: "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN"

Reciben autorización para su uso en la Investigación: *Nombre completo del trabajo investigativo*
Cuidado Básico de Enfermería: relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional

de acuerdo con los parámetros abajo pactados:

1. El instrumento: "Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- 3ª versión-", es el producto del proceso de validación facial y de contenido del Instrumento: "Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE - 1ª y 2ª versión -", de autoría de la enfermera Luz Nelly Rivera Álvarez y el enfermero Álvaro Triana, a partir de una investigación en la Clínica del Country, Bogotá – Colombia, en 2005. La adaptación, validez y medición de la confiabilidad del instrumento PCHE en su tercera Versión fue desarrollada en el marco de la tesis de maestría, por el enfermero Oscar Javier González Hernández, en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en 2013.

2. Las(os) receptoras(es) del instrumento: docente(s), estudiantes y/o enfermeras(os):

Nombre completo de los responsables de la investigación

Karen Tatiana Roa Lizcano

Estudiante de doctorado en enfermería

Renata Virginia González Consuegra

Profesora - Directora de tesis

se comprometen a citar el origen y recorrido del Instrumento "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN" en cualquier informe, publicación o evento en el que se utilice.

3. Los autores del instrumento PCHE 3ª Versión, una vez revisado el anteproyecto del presente estudio, estiman la viabilidad, coherencia y pertinencia del instrumento con los objetivos y metodología del estudio. En consecuencia se autoriza su aplicación, como también se garantiza el principio de confidencialidad del anteproyecto enviado.

4. El instrumento: "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN", es autorizado su uso con el propósito académico e investigativo, y excluye cualquier uso comercial.

5. El instrumento "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN", debe presentarse y aplicarse

Material elaborado por: Rivera, L.N.; Triana, A. (2014). Patrimonio moral e intelectual de los autores.
Prohibida su reproducción.

Correos electrónicos: lriviera@unal.edu.co | atriana@unal.edu.co

estrictamente acogiendo su formato (sin ningún logo o distintivo de alguna institución, mencionando los autores, el instructivo de aplicación y manteniendo el orden de los ítems y la pregunta abierta). Y en la eventualidad de que se precise una modificación en cuanto a nombre, a la semántica de los ítems, a forma y contenido del instrumento **"PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN"**, los(as) posibles investigadores han de informar por escrito a los autores del instrumento, los cambios propuestos explicando la justificación de los mismos y así obtener la correspondiente autorización de los autores.

6. El instrumento **"PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN"**, no podrá ser reproducido ni presentado en los trabajos académicos resultantes de la investigación (entiéndase como artículos, libros, capítulos de libros, ponencias), excepto en las tesis de grado. En caso de precisarse su reproducción, los(as) posibles investigadores han de dirigirse por escrito a los autores del instrumento, explicando las razones por las cuales se amerita la reproducción.

7. Los resultados del uso del instrumento: **"PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN"**, serán entregados de forma escrita y detallada a los autores del instrumento, al finalizar la investigación citada en este acuerdo.

8. Se solicita que todos los(as) investigadores (entiéndase por director(a) de tesis, estudiantes y/o enfermeras/os) firmen el presente acuerdo y registren la información solicitada a continuación de la firma.

Dado en Bogotá D.C., el 11 de febrero de 2021

Firman en conformidad:

En calidad de autores:

LUZ NELLY RIVERA ALVAREZ

Enfermera. Mg en Enfermería. PhD en Educación y Sociedad.

ÁLVARO TRIANA

Enfermero

En calidad de investigadores:



Profesor(a) director(a) Trabajo de investigación

Nombre: Renata Virginia González Consuegra

Documento identidad: 41747941

Cargo: Profesora titular teniente del cargo

Institución: Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia

Correo electrónico: rvgonzalez@unal.edu.co



Nombre: Karen Tatiana Roa Lizcano

Documento identidad: 1.032.411.128

Correo electrónico: ktroa@unal.edu.co

Nombre:

Documento identidad:

Correo electrónico:

Nombre:

Documento identidad:

Correo electrónico:

Nombre:

Documento identidad:

Correo electrónico:

Nombre:

Documento identidad:

Correo electrónico:

Nombre:

Documento identidad:

Correo electrónico:

F. Versión colombiana escala de cuidados individualizados

Las siguientes afirmaciones se refieren a la atención que los profesionales de enfermería le han prestado durante su estancia en el hospital. Por favor responda a las afirmaciones seleccionando la alternativa que mejor describa su opinión o experiencia.

ÍTEM	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
A 1. Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre los sentimientos que he tenido acerca de mi enfermedad/estado de salud.					
A 2. Los profesionales de enfermería han hablado conmigo acerca de mis necesidades que requieren cuidados y atención de parte de ellos.					
A 3. Los profesionales de enfermería me han dado la oportunidad de asumir la responsabilidad de mi cuidado hasta donde yo he podido.					
A 4. Los profesionales de enfermería han identificado los cambios en mis sentimientos relacionados con mi enfermedad/estado de salud.					
A 5. Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre mis miedos y preocupaciones.					
A 6. Los profesionales de enfermería han hecho el esfuerzo de averiguar cómo me afecta la enfermedad/estado de salud.					
A 7. Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre el significado que tiene para mí la enfermedad/estado de salud.					
A 8. Los profesionales de enfermería me han preguntado qué cosas hago en mi vida cotidiana fuera del hospital (p. ej., trabajo, estudio, actividades del hogar, descanso).					
A 9. Los profesionales de enfermería me han preguntado sobre mis experiencias en anteriores hospitalizaciones					
A 10. Los profesionales de enfermería me han preguntado sobre mis hábitos diarios (p. ej.,, aseo personal, hábitos alimenticios, de actividad física).					

A 11. Los profesionales de enfermería me han preguntado si quiero que mi familia participe en mis cuidados.					
A 12. Los profesionales de enfermería se han asegurado de que he entendido las instrucciones que he recibido en el hospital.					
A 13. Los profesionales de enfermería me han preguntado sobre qué quiero saber o las dudas que tengo acerca de mi enfermedad/estado de salud.					
A 14. Los profesionales de enfermería han escuchado mis deseos personales sobre mi cuidado.					
A 15. Los profesionales de enfermería me han ayudado a participar en las decisiones sobre mi cuidado.					
A 16. Los profesionales de enfermería me han ayudado a expresar mis opiniones sobre mi cuidado.					
A 17. Los profesionales de enfermería me han preguntado en qué momento prefería bañarme.					

Las siguientes afirmaciones se refieren a su experiencia personal sobre su estancia actual en el hospital. Por favor responda a las afirmaciones poniendo una X dentro de la alternativa que mejor describa su opinión o experiencia.

ÍTEM	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
B 1. Se han tenido en cuenta para mi cuidado las sensaciones que he tenido sobre mi enfermedad/estado de salud (p. ej., ansiedad, angustia, incertidumbre, ira, dolencias)					
B 2. Se han tenido en cuenta para mi cuidado mis necesidades que requerían asistencia y atención.					
B 3. He asumido la responsabilidad de mi cuidado hasta donde he podido.					
B 4. Se han tenido en cuenta para mi cuidado los cambios en mis sentimientos relacionados con mi enfermedad/estado de salud.					
B 5. Se han tenido en cuenta para mi cuidado mis miedos y preocupaciones.					
B 6. Se ha tenido en cuenta para mi cuidado el modo en que me ha afectado la enfermedad/estado de salud.					

B 7. Se ha tenido en cuenta para mi cuidado el significado que tiene para mí la enfermedad/estado de salud.					
B 8. Se ha tenido en cuenta para mi cuidado mi vida cotidiana fuera del hospital (p. ej., trabajo, estudio, actividades del hogar, descanso).					
B 9. Se han tenido en cuenta para mi cuidado mis experiencias en anteriores hospitalizaciones.					
B 10. Durante mi estancia en el hospital se han tenido en cuenta mis hábitos diarios (p. ej., aseo personal, hábitos alimenticios, actividad física).					
B 11. Mi familia ha participado en mi cuidado si yo he querido que lo hagan.					
B 12. He entendido las instrucciones que me han dado en el hospital.					
B 13. He recibido de los profesionales de enfermería suficiente información sobre mi enfermedad/estado de salud.					
B 14. Se han tenido en cuenta en mi cuidado los deseos que he expresado.					
B 15. He participado en la toma de decisiones sobre mi cuidado.					
B 16. Se han tenido en cuenta en mi cuidado las opiniones que he expresado.					
B 17. He podido decidir cuándo bañarme.					

G. Aval uso escala de cuidados individualizados

To
Karen Tatiana Roa Lizcano
PhD-c, national University of Colombia
Calle 151# 109a-25 torre 6 apto 512, Colombia
ktroal@unal.edu.co

For the study

9th of October 2018

Thank you for your interest in the **Individualised Care Scales (ICS)**. Here, enclosed are the nurse (ICS-Nurse) and patient (ICS-Patient) versions of the instrument (British English versions). The ICS has preliminarily been validated for use in surgical & acute nursing and has now been used in different samples of hospital patients. Later, it has been used in different areas of health care, recently in the care settings for older people including sheltered housing, and also home care. The current version includes 17 (A) + 17 (B) items 34 altogether, and is available: ICS-Patient version available validated for USA and UK English, Canada, Greek (Greece & Cyprus), Swedish, Turkish, Spanish, Italian, German, Portuguese, Hungarian, Czech Republic, Dutch Flemish and Finnish versions. There is also the English (UK, American), Finnish, Swedish, Greek (Greece & Cyprus), Turkish, Spanish and Portuguese versions of the ICS-Nurse with several references. I enclosed the English and Spanish versions of the scales. PhD Beatriz Rodrigues-Martin has translated and validated the scale in Spanish.

You are granted permission to use the ICS (Nurse and Patient version) for non-commercial purposes. You may edit the instructions for the instrument as appropriate for your sample(s). You may also use any demographic information you wish. However, the wording of the items and the scaling options may not be changed without express permission. Semantic and language validation is naturally forwarded. Any edited versions of the instrument will remain my property and I request you forward a copy of the edited version for my records.

The instrument itself may not be duplicated or reproduced in any publications because of owned right for publication of the journal and university series. I would request a copy of any published manuscripts or abstracts of presentations that reference the ICS for the archives. For the time being, all published work must contain the following credit:

ICS-Patient

Suhonen, R. 2002. Individualised care from the surgical patient's point of view. Developing and testing a model. *Annales Universitatis Turkuensis D 523*. University of Turku, Painosalama Oy, Turku.

OR

Suhonen R, Leino-Kilpi H & Välimäki M. 2005. Development and psychometric properties of the Individualised Care Scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 11(1), 7-20. (preferred Patient version reference)

ICS-Nurse

Suhonen R, Gustafsson M-L, Katajisto J, Välimäki M & Leino-Kilpi H. 2010. Individualised Care Scale – Nurse version: A Finnish validation study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16 (1), 145-154.

Finally, I'd appreciate any published feedback relating to the psychometrics of the ICS and your experiences with the measure. Thank you again for your interest in the instrument and I wish the best in your research endeavours.

Riitta Suhonen, PhD, RN, Professor

Work: University of Turku, Department of Nursing Science, Joukahaisenkatu 3-, 2nd floor, A5055, 20014 Turku, Finland. riisuh@utu.fi, +358-50-4350662

Home. Haagantie 184, 31410 Somero, FINLAND

suhonen.riitta@kolumbus.fi, Tel. Int +358-2-7483286, +358-50-3042150 (mobile)

For more information, please visit:

<http://www.utu.fi/en/units/med/units/hoitotiede/research/projects/ethicalresearch/icproject/Pages/home.aspx>

Some references:

Suhonen R, Välimäki M, Katajisto J & Leino-Kilpi H. 2007. Provision of individualised care improves hospital patient outcomes: an explanatory model using LISREL. *International Journal of Nursing Studies* 44(2), 197-207.

Suhonen R, Välimäki M, Katajisto J & Leino-Kilpi H. 2007. Hospitals' organizational factors and patients' perceptions of individualized nursing care. *Journal of Nursing Management* 15 (2), 197-206. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2007.00650.x

Suhonen R., Schmidt LA, Radwin L. 2007. Validity and reliability assessment of three scales to measure individualized nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 59 (1), 77-85. Online publication date: 29.5.2007. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04282.x

Kalafati M, Lemonidou C, Dedousis P & Suhonen R. 2007. Hospitalized orthopedic patients' view on individualized nursing care. *Nursing Care and Research* 18, 15-25. (Greek, English abstract)

Berg A, Suhonen R, Idvall E. 2007. A survey of orthopaedic patients' assessment of care using the Individualised Care Scale. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 11 (3-4), 185-193.

Suhonen R, Välimäki M & Leino-Kilpi H. 2008. A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing* 17 (7), 843-860.

Suhonen R, Berg A, Idvall E, Kalafati M, Katajisto J, Land L, Lemonidou C, Välimäki M & Leino-Kilpi H. 2008. Individualised care from the orthopaedic and trauma patients' perspective: an international comparative survey. *International Journal of Nursing Studies* 45 (11), 1586-1597.

Land L & Suhonen R. 2009. Orthopedic and trauma patients' perceptions of individualised care. *International Nursing Review* 56(1), 131-137. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2008.00688.x

Suhonen R, Berg A, Idvall E, Kalafati M, Katajisto J, Land L, Lemonidou C, Schmidt L, Välimäki M & Leino-Kilpi H. 2010. Adapting the Individualised Care Scale for cross-cultural comparison: an international study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24(2), 392-403. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2009.00712.x

H. Consentimiento informado

Facultad de Enfermería
Sede Bogotá



GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUIDADO PARA LA SALUD CARDIORRESPIRATORIA

Fecha: _____ Número: _____

Esta es una invitación personal a participar en la investigación doctoral “Cuidado básico de enfermería: relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional”

INVESTIGADOR PRINCIPAL. Estudiante de Doctorado en Enfermería. Enfermera Karen Tatiana Roa Lizcano. Teléfono de contacto: 3 14 472 44 08. Correo electrónico: ktroal@unal.edu.co

DIRECTORA DE TESIS. Doctora Renata Virginia González Consuegra. Teléfono de contacto 3 16 50 00 ext. 17013 - 17015. Correo electrónico: rvgonzalezc@unal.edu.co

Mediante este documento certifico que he sido invitado a participar en una investigación. He decidido aceptar entendiendo que la actividad a realizar será diligenciar un cuestionario. El tiempo de respuesta estimado es de 30 minutos. Antes de decidir si hacía o no parte de la investigación he entendido que:

1. Esta investigación tiene como propósito determinar la relación de las dimensiones física, psicosocial y relacional descritas como componentes del cuidado básico de enfermería y, de esta manera, comprobar una teoría. La información recolectada será utilizada con fines académicos.
2. No estoy obligado a participar, puedo retirarme en el momento que lo desee sin ninguna consecuencia.
3. Esta investigación en ningún momento me provocará algún tipo de daño o lesión, ya que no implicará ningún procedimiento, por consiguiente, no afectará mi estado de salud.
4. Si bien la participación en el estudio no le generará ningún beneficio directo, los conocimientos derivados de esta investigación podrán impactar en el futuro de manera positiva en la forma como se cuidan a los pacientes.
5. Esta investigación no tiene para mí ningún costo, y de igual manera, no me generará retribuciones económicas en ningún momento.
6. Puedo preguntar libremente ante cualquier duda que pueda tener.
7. La información suministrada será confidencial, nadie conocerá mi identidad y sólo será utilizada por la investigadora y asesora. Los datos recolectados serán almacenados de manera segura.
8. Los resultados de la investigación serán parte del trabajo de tesis de Doctorado de la investigadora principal titulado *Cuidado básico de enfermería: relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional*. Estos serán divulgados a través de repositorio institucional de la Universidad Nacional de Colombia y en eventos científicos, y de manera personal mediante los datos de contacto que usted suministre.
9. Esta investigación cuenta con la autorización y el apoyo de la Universidad Nacional de Colombia y su comité de ética, e igualmente tiene aval institucional.

En consideración a lo anterior, comprendí, recibí suficiente información y decido voluntariamente participar.

Nombre: _____

Firma: _____

Cédula: _____

INVESTIGADOR: he explicado claramente al participante cuyo nombre y firma se registran anteriormente todo lo concerniente a la investigación, he aclarado las dudas que han surgido y he confirmado que ha comprendido lo explicado en el consentimiento informado.

Firma Investigador: _____

Testigo

Nombre: _____

Firma: _____

Cédula: _____

Para más información sobre el aval ético de la presente investigación puede contactarse con el COMITÉ DE ÉTICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA (presidenta: Virginia Inés Soto Lesmes) Correo Electrónico: ugi_febog@unal.edu.co. Teléfono de contacto: 316 5000 Ext. 17089.

I. Aval comité de ética Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia

Dirección de Extensión e Investigación
Facultad de Enfermería
Sede Bogotá



Bogotá, 16 de octubre de 2019

[AVAL 027-19]

Profesora
VIVIANA MARYCEL CESPEDES CUEVAS
Directora
Posgrado Área curricular de Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada profesora, reciba un cordial saludo:

De manera atenta me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería, en sesión del 8 de julio de 2019 - Acta 011, se permite dar aval desde los aspectos éticos al proyecto de investigación titulado "Cuidado Básico de Enfermería: Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional". De la estudiante Karen Tatiana Roa Lizcano.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo.

Cordialmente,

VIRGINIA INES SOTO LESMES
Presidenta Comité de Ética*
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia
*Delegada por la Decana

20 AÑOS Bicentenario

[Firmado en:]
Eliécer, Ética Claves

Comité de Ética
Carrera 30 No. 4503
Edificio 228 Oficina 402
3165000 Ext. 17088-17030-17021-17038
Bogotá D.C., Colombia
ui_etica@unal.edu.co

Patrimonio
de todos
los colombianos

J. Aval comité de ética Hospital Universitario Nacional de Colombia



Bogotá, D.C., 15 de diciembre de 2020

KAREN TATIANA ROA LIZCANO
Candidata a Dra. En Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Referencia: Proyecto: "Cuidado Básico de Enfermería: relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional". (ID: CEI-2019-03-02).

EL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA

CERTIFICA

Que el proyecto de investigación titulado "Cuidado Básico de Enfermería: relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional" con ID: CEI-2019-03-02, cuyo investigador principal es Karen Tatiana Roa Lizcano, fue valorado por parte del Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario Nacional de Colombia (CEI-HUN) previa verificación del quórum, en la décimo segunda sesión ordinaria del 2020 (14 de diciembre de 2020). La evaluación tuvo en cuenta la pertinencia del proyecto, su rigor metodológico, la calidad científica y el cumplimiento de la normatividad ética, técnica y científica a la que están sujetas investigaciones como la propuesta.

El proyecto implica investigación en seres humanos, y es compatible con las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud, descritas en la Resolución No. 8430 de 1993 y la Resolución 2378 de 2008. La categoría de riesgo a los seres humanos a la que el proyecto se ajusta es la de investigación sin riesgo.

Sus miembros revisaron y aprobaron los siguientes documentos del presente proyecto:

1. Carta de presentación
2. Protocolo de investigación versión 2.0. Diciembre de 2020
3. Consentimiento informado.
4. Resumen ejecutivo

Concepto: El CEI-HUN precisa que el estudio cumple los requisitos de calidad y rigor exigidos, por lo tanto, se permite APROBAR el protocolo y los documentos previamente mencionados.

Declaración de intereses: Los miembros del Comité declaran no tener intereses en la evaluación de este protocolo con el Investigador.



Hospital Universitario Nacional de Colombia
Calle 44 # 59 - 75 Bogotá, Colombia
TEL : 390 48 88
www.hun.edu.co





Nombre	Cargo
José Guillermo Ruiz Rodríguez	- Presidente del CEI - Médico, Especialista en Medicina Interna, Especialista en Gerencia en Salud, Especialista en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo.
Clara Eugenia Arteaga Díaz	- Médico, Magister en Genética Humana, Magister en Bioética. - Miembro de la comunidad.
Jesús Becerra Camargo	- Químico Farmacéutico, Magister en Administración de Salud, Magister en Atención Farmacéutica, Doctor en Farmacia Asistencial.
Giancarlo Buitrago	- Médico, Magister en Epidemiología Clínica, Magister en Economía, Doctor en Economía.
Carol Cristina Guarnizo Herrerío	- Odontóloga, Magister en Salud Pública, Doctora en Epidemiología.
Itali Linero Segreña	- Odontóloga, Especialista en Cirugía Maxilofacial, Doctora en Biotecnología.
María Cristina Plazas	- Matemática, Magister en Física Radiológica y Médica, Doctora en Física de la Radiobiología Médica.
Gerardo Quintana	- Médico, Especialista en Medicina Interna, Sub-especialista en Reumatología, Magister en Epidemiología Clínica.

La sede del Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario Nacional de Colombia se encuentra ubicada en la Calle 44 # 59-75 (Bogotá, Colombia)

El CEI-HUN se adhiere a las disposiciones contempladas en la Declaración de Helsinki. De igual manera se rige bajo los lineamientos jurídicos y éticos del país, que se encuentran consignadas en las resoluciones 8430 de 1993 y 2378 de 2008 del Ministerio de Protección Social.

Lo anterior consta en el acta CEI-HUN-ACTA-2020-12

Cordialmente,

JOSÉ GUILLERMO RUIZ
Presidente

Comité de Ética de la Investigación



Hospital Universitario Nacional de Colombia
Calle 44 # 59 - 75 Bogotá, Colombia
TEL : 390 48 88
www.hun.edu.co





Bogotá, D.C., 06 de julio de 2022

Doctora
KAREN TATIANA ROA LIZCANO

Referencia: Enmienda no relevante al proyecto "Cuidado Básico de Enfermería: relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional" (ID: CEI-2019-03-02) recibida el día 05 de julio de 2022.

EL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE
COLOMBIA CERTIFICA

Que la enmienda al proyecto de investigación titulado "Cuidado Básico de Enfermería: relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional" (ID: CEI-2019-03-02) cuyo investigador principal es la Dra. Karen Tatiana Roa Lizcano, fue valorada por parte del Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario Nacional de Colombia (CEI-HUN).

Se revisaron y aprobaron los siguientes documentos del proyecto:

1. Protocolo de investigación modificado, versión 3 de julio de 2022.
2. Carta de justificación y solicitud de enmienda.

Concepto: El CEI-HUN se permite APROBAR la enmienda y los documentos previamente mencionados. La aprobación inicial consta en el acta CEI-HUN-ACTA-2020-12.

MARIO ORLANDO PARRA PINEDA
Presidente
Comité de Ética de la Investigación
Hospital Universitario Nacional de Colombia



Hospital Universitario Nacional de Colombia
Calle 44 # 59 - 75 Bogotá, Colombia
TEL : 390 48 88
www.hun.edu.co



K. Presupuesto

	Crédito condonable Colciencias	Recursos propios	UNAL
Matrículas investigador principal	41.250.000	21.000.000	
Director de tesis			66.000.000
Recursos bibliográficos			1.000.000
Análisis estadístico		3.000.000	
Equipos y software	6.000.000		
Materiales e insumos de papelería		2.000.000	
Traductores		1.000.000	
Asistente de investigación	2.500.000		
Pasantía	6.000.000	12.000.000	
Corrección de estilo		2.500.000	
Circulación del conocimiento		6.000.000	

TOTAL 181.750.000

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional.

L. Cronograma

AÑO / SEMESTRE ACTIVIDAD	2018			2019			2020			2021			2022		
	Ene.- abr.	May.- ago.	Sep.- dic.	Ene.- abr.	May.- ago.	Sep.- dic.	Ene.- abr.	May.- ago.	Sep.- dic.	Ene.- abr.	May.- ago.	Sep.- dic.	Ene.- abr.	May.- ago.	Sep.- dic.
Revisión de literatura															
Preparación y sustentación de proyecto															
Presentación y aprobación de comité de ética															
Validación de uso de instrumentos															
Prueba piloto															
Recolección de información															
Pasantía internacional															
Elaboración de artículos															
Elaboración de informe final															
Divulgación de resultados															
Entrega de documento y sustentación															

Fuente: Datos Tesis de doctorado Roa Lizcano KT (2022). Relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional.

M. Documento para expertos



Cuidado básico de enfermería: relación entre las dimensiones física, psicosocial y relacional



Evaluación de expertos

Apreciada colega.

Soy Karen Tatiana Roa Lizcano, candidata a Doctora en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, y actualmente me encuentro en la fase de validez de contenido de los instrumentos que voy a utilizar en mi tesis de grado.

Este trabajo tiene como objetivo determinar la relación de las dimensiones física, psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería; para llevarlo a cabo es necesario describir cada una de las dimensiones.

He planteado, entonces, el uso de tres instrumentos que describan estas dimensiones. Para tal efecto agradezco su participación indicando si este instrumento cumple los criterios para describir dicha dimensión.

Dada su trayectoria y experiencia en el área, solicito su colaboración para ser incluido como uno de los expertos mencionados anteriormente.

Debido a que esta fase hace parte de un proyecto de investigación que cuenta con aval ético de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia [Aval 027-19], incluye las siguientes consideraciones:

1. Esta investigación tiene como fin determinar la relación de las dimensiones física, psicosocial y relacional del Cuidado básico de enfermería.
2. Usted no está obligado a participar, de igual manera si acepta hacerlo puede retirarse en el momento que lo desee sin ninguna consecuencia.
3. Esta investigación en ningún momento le provocará algún tipo de daño o lesión, por consiguiente, no afectará su estado de salud.
4. Esta investigación no tiene para usted ningún costo y de igual manera no le generará retribuciones económicas en ningún momento. En compañía de mi directora de tesis enviaremos una carta de agradecimiento que haga constancia de su participación.
5. Usted puede preguntar libremente ante cualquier duda que pueda tener.
6. Los resultados de la investigación serán parte del trabajo de tesis del doctorado que actualmente curso. Estos serán divulgados a través de repositorio institucional de la Universidad Nacional de Colombia, en artículos publicables en revistas científicas y en eventos científicos.
7. Esta investigación cuenta con la autorización y el apoyo de la Universidad Nacional de Colombia – Facultad de Enfermería, su comité de ética y Colciencias.

Para más información sobre el aval ético de la presente investigación puede contactarse con el COMITÉ DE ÉTICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA: Correo Electrónico: ugi_febog@unal.edu.co. Teléfono de contacto: 316 5000 Ext. 17020.

Espero poder contar con su participación, agradezco su pronta respuesta. Estoy atenta a cualquier inquietud.

Cordialmente,

Karen Tatiana Roa Lizcano
Candidata a Doctora en Enfermería
Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.
E-mail: ktroal@unal.edu.co
Teléfono de contacto: 314 472 44 08

Vo.
Renata Virginia González Consuegra
Directora de tesis
Enfermera. RN. Mg. PhD.
Profesora titular.
Facultad de Enfermería, Universidad Nacional
de Colombia.

Objetivo general de la investigación

Determinar la relación de las dimensiones física, psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería.

Objetivos específicos

- Describir la dimensión física del cuidado básico de enfermería.
- Describir la dimensión psicosocial del cuidado básico de enfermería.
- Describir la dimensión relacional del cuidado básico de enfermería.
- Identificar la relación de las dimensiones física, psicosocial y relacional del cuidado básico de enfermería

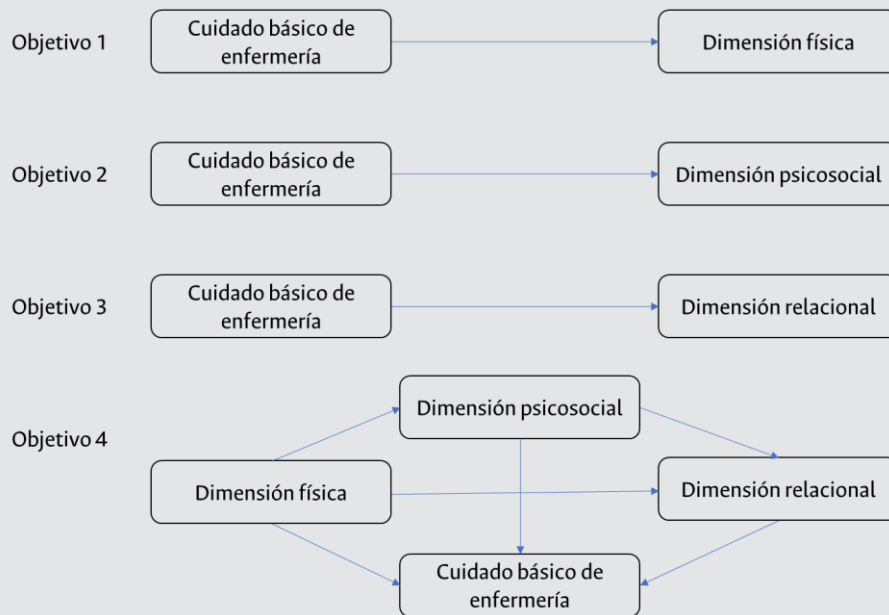


Figura 1. Objetivos específicos del estudio

GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DE EXPERTOS CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA: RELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES FÍSICA, PSICOSOCIAL Y RELACIONAL

Agradezco diligenciar la información aquí consignada en el enlace que encontrará al final del documento.

1. INFORMACIÓN DEL EXPERTO

- a. Nombres y apellidos:
- b. Formación académica:
- c. Áreas de experiencia profesional:
- d. Cargo (s) actual (es) desempeñado(s):
- e. Institución (es):

2. OBJETIVO DEL JUICIO DE EXPERTOS

Evaluar mediante un juicio valorativo la suficiencia, claridad, pertinencia, relevancia y suficiencia de los instrumentos de medición y el cuestionario de las dimensiones física, psicosocial y relacional del cuidado de enfermería.

3. CONCEPTOS EVALUADOS EN LA ESCALA**a. Dimensión física**

- **Definición conceptual:** según Kitson et al., la dimensión física incluye la limpieza personal, necesidades de aseo, alimentación e hidratación, descanso y sueño, movilidad, comodidad, seguridad y manejo de medicamentos⁽⁵⁴⁾.
- **Definición operativa:** Cuestionario basado en un plan de cuidados estandarizado con prescripción temporal de cuidados básicos (100) construida para la investigación.

b. Dimensión psicosocial

- **Definición conceptual:** según Kitson et al., la dimensión psicosocial incluye la comunicación, mantener al paciente involucrado e informado, digno, respetado, educado e informado, con bienestar emocional y con valores y creencias respetadas (54).
- **Definición operativa:** instrumento de Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) 3ª versión (101).

c. Dimensión relacional

- **Definición conceptual:** según Kitson et al., la dimensión relacional incluye la escucha activa, ser empático, comprometido con los pacientes, compasivo, estar presente con el paciente, apoyar e involucrar a familiares y cuidadores, ayudar a los pacientes a hacer frente, trabajar con los pacientes para establecer, lograr y evaluar el progreso de los objetivos y ayudar a los pacientes a mantener la calma (54).
- **Definición operativa:** escala de cuidados individualizados (102,103,157).

4. EXPLICACION DE LOS CUESTIONARIOS**a. Dimensión física:**

Cuestionario basado en un plan de cuidados estandarizado con prescripción temporal de cuidados básicos. Esta cuenta con 16 ítems a evaluar. Ha sido construida por la investigadora a partir del plan de cuidados estandarizado con prescripción temporal de cuidados básicos que se validó con panel de expertos, combinando técnicas de grupo nominal y Delphi modificado, y grupo focal como técnica complementaria para alcanzar consenso. Los resultados de este estudio incluyen media y mediana (Me) ≤ 314 , índice de validez de contenido (CVI) ≤ 0.78 , índice de Kappa

modificado (Km) ≤ 0.615 , *Overall Scale Average* (S-CVI) calculado para cada nivel de dependencia y cuidado básico (punto de corte S-CVI ≥ 0.80), consistencia interna de los niveles de dependencia y cuidados básicos con Alpha de Crombach (punto de corte $\alpha \geq 0.7$ e incremento de $\alpha \geq 0.2$ para valorar la conveniencia de retirar algún procedimiento), concordancia entre procedimientos índice Kappa de Cohen (Kc) ≥ 0.6 .

LISTA DE CHEQUEO DIMENSIÓN FÍSICA DEL CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA

A continuación, le presentamos una serie de actividades de cuidado durante su hospitalización. Marque la que considere describe su situación:

ÍTEM	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
1. La enfermera me ha preguntado sobre mi higiene Estado adecuado de higiene				
2. La enfermera me ha preguntado sobre el estado de mi piel				
3. La enfermera me ha preguntado sobre mi deposición				
4. La enfermera me ha preguntado sobre mi orina				
5. La enfermera me ha preguntado sobre mi consumo de alimentos				
6. La enfermera me ha preguntado sobre mi nivel de hidratación				
7. La enfermera me ha preguntado si puedo ir al baño de manera independiente				
8. La enfermera me ha preguntado si puedo vestirme sin ayuda				
9. La enfermera me ha preguntado si puedo movilizarme solo con o sin aparatos				
10. La enfermera me ha preguntado si he caminado				
11. La enfermera me ha preguntado si me siento fatigado				
12. La enfermera me ha preguntado si he descansado y dormido				
13. La enfermera me ha preguntado sobre mi estado general				
14. La enfermera me ha preguntado si tengo dolor				
15. La enfermera me ha preguntado si la habitación se encuentra ordenada y limpia				
16. La enfermera me ha preguntado si hay algo que lo incomode				

b. Dimensión psicosocial:

Instrumento percepción de cuidado humanizado - versión 3 (101): es un instrumento válido y confiable para ser aplicado en ámbitos hospitalarios, que se basa en el constructo de cuidado humanizado. Cuenta con validez facial (aceptabilidad del 0,92), validez de contenido (0,98 por expertos), constructo (análisis factorial exploratorio con tres categorías) y confiabilidad (alfa de Cronbach de 0,96). Cuenta con 32 ítems agrupados en tres categorías (cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermera - paciente y disposición para la atención). Se ha seleccionado este instrumento debido a que los ítems allí presentados tienen relación directa con los elementos presentados en el marco de fundamentos del cuidado.

**INSTRUMENTO "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO
HUMANIZADO DE ENFERMERÍA (PCHE) 3ª VERSIÓN"**

Estimado(a) señor(a): A continuación, le presentamos un cuestionario que describe los comportamientos de cuidado del personal de enfermería (enfermeras/os y auxiliares de enfermería). En frente a cada afirmación, marque con una X la respuesta que, según su percepción, corresponde a la forma en que se presentaron estos comportamientos durante su hospitalización.

En caso de dificultad al responder alguna(s) pregunta(s), estamos dispuestos a aclararla(s).

ÍTEM	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1. Le hacen sentir como una persona				
2. Le tratan con amabilidad				
3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización				
4. Le miran a los ojos, cuando le hablan				
5. Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes				
6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted				
7. El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a), cuando está con usted				
8. Le generan confianza cuando lo(la) cuidan				
9. Le facilitan el diálogo				
10. Le explican previamente los procedimientos				
11. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas				
12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos				
13. Le dedican el tiempo requerido para su atención				
14. Le dan indicaciones sobre su autocuidado -los cuidados que usted debe seguir-, de manera oportuna				

Instrumento elaborado y validado por los enfermeros Rivera, L.N y Triana A. La medición de la validez y confiabilidad de la 3ª versión del instrumento PCHE, contó con el apoyo de González, O. y Sánchez, B. (2013). Bogotá, Colombia.

15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado				
16. Le llaman por su nombre				
17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores				
18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)				
19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud				
20. Le manifiestan que están pendientes de usted				
21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento				
22. Responden oportunamente a su llamado				
23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual				
24. Le escuchan atentamente				
25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo				
26. Le brindan un cuidado cálido y delicado				
27. Le ayudan a manejar su dolor físico				
28. Le demuestran que son responsables con su atención				
29. Le respetan sus decisiones				
30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar				
31. Le respetan su intimidad				
32. Le administran a tiempo los medicamentos formulados por el médico				

En este espacio describa aquellos comportamientos del personal de enfermería que a su modo de ver son importantes para su cuidado y que no se muestran en el instrumento. O bien, amplíe su respuesta a los ítems de este cuestionario que usted considere.

Instrumento elaborado y validado por los enfermeros Rivera, L.N y Triana A. La medición de la validez y confiabilidad de la 3ª versión del instrumento PCHE, contó con el apoyo de González, O. y Sánchez, B. (2013). Bogotá, Colombia.

c. Dimensión relacional:

Escala de cuidados individualizados versión colombiana (157): escala originalmente presentada en inglés y con múltiples traducciones y adaptaciones culturales. Cuenta con 34 preguntas. Tiene validez facial con expertos y pacientes, reportada por índice de aceptabilidad superior al 0,80; validez de contenido según índice de aceptabilidad superior al 0,90; validez de constructo según análisis factorial prueba de esfericidad de Bartlett para las partes A y B, un chi-cuadrado elevado y una p con una significancia estadística ($p < 0.05$), medida de KMO con valores considerados como meritorios muy cercanos a 1 en cada una de las partes (Parte A=0,919 y Parte B=0.921),

comprobándose así la adecuación general de las matrices para cada una de las partes; confiabilidad según coeficiente de Alfa de Cronbach 0,935 para la parte A y de 0,919 para la parte B.

Se selecciona este instrumento teniendo en cuenta su trayectoria, la consistencia global que reflejan sus pruebas de validez en el idioma original, así como en su adaptación al español, en su adaptación colombiana y la pertinencia frente al tema a tratar.

ESCALA DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS - VERSIÓN PACIENTES

PARTE A

Las siguientes afirmaciones se refieren a la atención que los profesionales de enfermería le han prestado durante su estancia en el hospital. Por favor responda a las afirmaciones poniendo una X dentro de la alternativa que mejor describa su opinión o experiencia.

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
A01	Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre los sentimientos que he tenido acerca de mi enfermedad/estado de salud. (por ejemplo: ansiedad, angustia, incertidumbre, ira)	1	2	3	4	5
A02	Los profesionales de enfermería han hablado conmigo acerca de mis necesidades que requieren cuidados y atención de parte de ellos.	1	2	3	4	5
A03	Los profesionales de enfermería me han dado la oportunidad de asumir la responsabilidad de mi cuidado hasta donde yo he podido.	1	2	3	4	5
A04	Los profesionales de enfermería han identificado los cambios en mis sentimientos relacionados con mi enfermedad/estado de salud.	1	2	3	4	5
A05	Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre mis miedos y preocupaciones.	1	2	3	4	5
A06	Los profesionales de enfermería han hecho el esfuerzo de averiguar cómo me afecta la enfermedad/estado de salud.	1	2	3	4	5
A07	Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre el significado que tiene para mí la enfermedad/estado de salud	1	2	3	4	5
A08	Los profesionales de enfermería me han preguntado qué cosas hago en mi vida cotidiana fuera del hospital (por ejemplo: trabajo, estudio, actividades del hogar, descanso).	1	2	3	4	5
A09	Los profesionales de enfermería me han preguntado sobre mis experiencias en anteriores hospitalizaciones.	1	2	3	4	5
A10	Los profesionales de enfermería me han preguntado sobre mis hábitos diarios (por ejemplo, aseo personal, hábitos alimenticios, de actividad física).	1	2	3	4	5
A11	Los profesionales de enfermería me han preguntado si quiero que mi familia participe en mis cuidados.	1	2	3	4	5
A12	Los profesionales de enfermería se han asegurado de que he entendido las instrucciones que he recibido en el hospital.	1	2	3	4	5
A13	Los profesionales de enfermería me han preguntado sobre qué quiero saber o las dudas que tengo acerca de mi enfermedad/estado de salud.	1	2	3	4	5
A14	Los profesionales de enfermería han escuchado mis deseos personales sobre mi cuidado.	1	2	3	4	5
A15	Los profesionales de enfermería me han ayudado a participar en las decisiones sobre mi cuidado.	1	2	3	4	5
A16	Los profesionales de enfermería me han ayudado a expresar mis opiniones sobre mi cuidado.	1	2	3	4	5
A17	Los profesionales de enfermería me han preguntado en qué momento prefería bañarme.	1	2	3	4	5

PARTE B

Las siguientes afirmaciones se refieren a su experiencia personal sobre su estancia actual en el hospital. Por favor responda a las afirmaciones poniendo una X dentro de la alternativa que mejor describa su opinión o experiencia.

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
B01	Se han tenido en cuenta para mi cuidado las sensaciones que he tenido sobre mi enfermedad/estado de salud (por ejemplo: ansiedad, angustia, incertidumbre, ira, dolencias)	1	2	3	4	5
B02	Se han tenido en cuenta para mi cuidado mis necesidades que requerían asistencia y atención.	1	2	3	4	5
B03	He asumido la responsabilidad de mi cuidado hasta donde he podido.	1	2	3	4	5
B04	Se han tenido en cuenta para mi cuidado los cambios en mis sentimientos relacionados con mi enfermedad/estado de salud.	1	2	3	4	5
B05	Se han tenido en cuenta para mi cuidado mis miedos y preocupaciones.	1	2	3	4	5
B06	Se ha tenido en cuenta para mi cuidado el modo en que me ha afectado la enfermedad/estado de salud.	1	2	3	4	5
B07	Se ha tenido en cuenta para mi cuidado el significado que tiene para mí la enfermedad/estado de salud.	1	2	3	4	5
B08	Se ha tenido en cuenta para mi cuidado mi vida cotidiana fuera del hospital (por ejemplo: trabajo, estudio, actividades del hogar, descanso).	1	2	3	4	5
B09	Se han tenido en cuenta para mi cuidado mis experiencias en anteriores hospitalizaciones.	1	2	3	4	5
B10	Durante mi estancia en el hospital se han tenido en cuenta mis hábitos diarios (por ejemplo, aseo personal, hábitos alimenticios, de actividad física).	1	2	3	4	5
B11	Mi familia ha participado en mi cuidado si yo he querido que lo hagan.	1	2	3	4	5
B12	He entendido las instrucciones que me han dado en el hospital.	1	2	3	4	5
B13	He recibido de los profesionales de enfermería suficiente información sobre mi enfermedad/estado de salud.	1	2	3	4	5
B14	Se han tenido en cuenta en mi cuidado los deseos que he expresado.	1	2	3	4	5
B15	He participado en la toma de decisiones sobre mi cuidado.	1	2	3	4	5
B16	Se han tenido en cuenta en mi cuidado las opiniones que he expresado.	1	2	3	4	5
B17	He podido decidir cuándo bañarme.	1	2	3	4	5

5. INSTRUCCIONES DE EVALUACIÓN

Para cada uno de los criterios de evaluación presentados otorgue una calificación de 1 a 3 teniendo en cuenta la definición de cada categoría. Si lo considera pertinente, puede hacer observaciones.

CATEGORÍAS	DEFINICIÓN
CLARIDAD	El instrumento puede ser comprendido fácil y rápidamente.
PERTINENCIA	El instrumento tiene lenguaje, redacción y longitud adecuados.

RELEVANCIA	El instrumento es importante para evaluar la dimensión del cuidado básico de enfermería que se ha planteado.
SUFICIENCIA	El instrumento abarca la dimensión descrita

CRITERIOS DE EVALUACIÓN			
CATEGORIA	CALIFICACIÓN	INDICADOR	
CLARIDAD	1	El instrumento no cumple con la categoría.	El instrumento no es claro para evaluar la dimensión del cuidado básico de enfermería.
	2	El instrumento cumple moderadamente con la categoría.	El instrumento es parcialmente claro para evaluar la dimensión del cuidado básico de enfermería.
	3	El instrumento cumple con la categoría	El instrumento es claro para evaluar la dimensión del cuidado básico de enfermería.
PERTINENCIA	1	El instrumento no cumple con la categoría.	El instrumento no es pertinente para evaluar la dimensión del cuidado básico de enfermería.
	2	El instrumento cumple moderadamente con la categoría.	El instrumento es parcialmente pertinente para evaluar la dimensión del cuidado básico de enfermería.
	3	El instrumento cumple con la categoría.	El instrumento es pertinente para evaluar la dimensión del cuidado básico de enfermería.
RELEVANCIA	1	El instrumento no cumple con la categoría.	El instrumento no es relevante para evaluar la dimensión del cuidado básico de enfermería.
	2	El instrumento cumple moderadamente con la categoría.	El instrumento es parcialmente relevante para evaluar la dimensión del cuidado básico de enfermería.
	3	El instrumento cumple con la categoría.	El instrumento es relevante para evaluar la dimensión del cuidado básico de enfermería.
SUFICIENCIA	1	El instrumento no cumple con la categoría.	El instrumento no es suficiente para evaluar la dimensión del cuidado básico de enfermería.
	2	El instrumento cumple moderadamente con la categoría.	El instrumento es parcialmente suficiente para evaluar la dimensión del cuidado básico de enfermería.
	3	El instrumento cumple con la categoría.	El instrumento es suficiente para evaluar la dimensión del cuidado básico de enfermería.

Para los tres instrumentos presentados anteriormente consigne en el siguiente enlace, o en el código QR adjunto, la denominación que le daría a cada uno de ellos:

<https://forms.gle/8TzKpaQ4DtuwDBxH6>



Reitero mis agradecimientos por la participación en este ejercicio investigativo.

Bibliografía

1. Cuevas VMC. Presentación Área Temática Seminario de Investigación I. Bogotá; 2017.
2. F.A. Davis Company, editor. CAP.2 FAWCET.pdf. En: Analyzing Conceptual Theoretical Empirical Structures for Research. Second. 1992. p. 27–83.
3. Burns N, Grove S, Gray J. Understanding Nursing Research. Building an Evidence-Based Practice. 2015. 547 p.
4. Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. New JBI Levels of evidence and Grades of Recommendation. Joanna Briggs Institute. 2013;(October):6.
5. Fawcett, Jacqueline JG. [Evidence-based nursing practice]. Soins; la revue de référence infirmière. 2009.
6. Kitson A, Conroy T, Wengstrom Y, Profetto-McGrath J, Robertson-Malt S. Defining the fundamentals of care. Int J Nurs Pract. 2010;16(4):423–34.
7. Jeffs L, Michael S, Association V, Lecturer AS, Jackson D, Needleman J, et al. Building the foundation to generate a fundamental care standardized data set. J Clin Nurs. 2018;(February):1–8.
8. Ministerio de la sanidad y política social E. Estudio IBEAS, prevalencia de los efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009.
9. Congreso de la República de Colombia. Ley 266 del 25 de enero de 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia. Diario Oficial No 42710, del 5 de febrero de 1996. 1996; 1996:8.
10. Congreso de la República de Colombia. Ley 911 de 2004 [Internet]. Bogotá; 2004. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf.

11. Ministerio de Salud y Protección Social. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Vol. 2, Ministerio de la Protección Social. Bogotá; 2010. p. 94.
12. Renata Virginia González Consuegra, Wilmar José López Zuluaga KTRL. Epidemiología de lesiones de piel relacionadas con el cuidado: estudio de la prevalencia en Colombia. 2017;65–72.
13. Ministerio de Salud. Seguridad del Paciente [Internet]. 2018 [citado 2018 sep. 21]. Disponible en: Ministerio de Salud.
14. Salcedo R. AM, Santofimio S. D, Barrera E. MV, Vargas C. A de C. Revisión bibliográfica nacional e internacional de la terminología en seguridad del paciente. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 2007. 21–54 p.
15. Grupo Asesor Internacional en Seguridad Nuclear. Aspectos destacados de la Conferencia General del OIEA: Trigésima segunda reunión ordinaria. 1989.
16. Orique SB, Patty CM, Woods E. Missed Nursing Care and Unit-Level Nurse Workload in the Acute and Post-Acute Settings. *J Nurs Care Qual.* 2016;31(1):84–9.
17. Valles JHH, Monsiváis MGM, Guzmán MGI, Arreola LV. Nursing care missed in patients at risk of or having pressure ulcers. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016;24: e2817.
18. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR. Hospital Variation in Missed Nursing Care. *American Journal of Medical Quality* [Internet]. 2011;26(4):291–9. Disponible en: <http://ajm.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1062860610395929>.
19. Kalisch BJ. Nurse and nurse assistant perceptions of missed nursing care: what does it tell us about teamwork? *J Nurs Adm.* 2009;39(11):485–93.
20. Piscotty RJ, Kalisch B. The Relationship Between Electronic Nursing Care Reminders and Missed Nursing Care. *Comput Inform Nurs* [Internet]. 2014;32(10):475–81. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00024665-201410000-00003>.
21. Winsett RP, Rottet K, Schmitt A, Wathen E, Wilson D. Medical surgical nurses describe missed nursing care tasks???Evaluating our work environment. *Applied Nursing Research.* 2016; 32:128–33.
22. Friese CR, Kalisch BJ, Lee KH. Patterns and correlates of missed nursing care in inpatient oncology units. *Cancer Nurs* [Internet]. 2013;36(6): E51-7. Disponible en:

- <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3577984&tool=pmcentrez&rendertype=abstract%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23151503>.
23. Tubbs-Cooley HL, Pickler RH, Younger JB, Mark BA. A descriptive study of nurse-reported missed care in neonatal intensive care units. *J Adv Nurs*. 2015;71(4):813–24.
 24. Simpson KR, Lyndon A. Consequences of Delayed, Unfinished, or Missed Nursing Care During Labor and Birth. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2016;31(1):1.
 25. Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. *Nurs Outlook*. 2012;60(5): e32–9.
 26. Nelson ST, Flynn L. Relationship between missed care and urinary tract infections in nursing homes. *Geriatr Nurs (Minneap)*. 2015;36(2):126–30.
 27. Dabney BW, Kalisch B. Nurse Staffing Levels and Patient-Reported Missed Nursing Care. *J Nurs Care Qual [Internet]*. 2015;30(4):306–12. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001786-201510000-00004>.
 28. Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: Errors of omission. *Nurs Outlook [Internet]*. 2009;57(1):3–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2008.05.007>.
 29. Gravlin G, Phoenix Bittner N. Nurses' and nursing assistants' reports of missed care and delegation. *J Nurs Adm*. 2010;40(7–8):329–35.
 30. Verrall C, Abery E, Harvey C, Henderson J, Willis E, Hamilton P, et al. Nurses and midwife's perceptions of missed nursing care - A South Australian study. *Collegian*. 2015;22(4):413–20.
 31. Commission J, Resources JC. Patient Perceptions of Missed Nursing Care Patient Perceptions of Missed Nursing Care. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2014;38(April 2012):161–7.
 32. Tubbs-Cooley HL, Pickler RH, Mara CA, Othman M, Kovacs A, Mark BA. Hospital Magnet® Designation and Missed Nursing Care in Neonatal Intensive Care Units. *J Pediatr Nurs*. 2016.
 33. Palese A, Ambrosi E, Fabris F, Guarnier A, Barelli P, Zambiasi P, et al. Nursing care as a predictor of phlebitis related to insertion of a peripheral venous cannula in emergency departments: Findings from a prospective study. *Journal of Hospital Infection*. 2016;92(3):280–6.

34. Kalisch BJ, Xie B, Dabney BW. Patient-Reported Missed Nursing Care Correlated with Adverse Events. *Am J Med Qual* [Internet]. 2013;1062860613501715-. Disponible en: <http://ajm.sagepub.com/cgi/content/long/1062860613501715v1>.
35. Henderson J, Willis E, Xiao L, Blackman I. Missed care in residential aged care in Australia: An exploratory study. *Collegian*. 2016;1–6.
36. Quinn B, Baker DL, Cohen S, Stewart JL, Lima CA, Parise C. Basic nursing care to prevent nonventilator hospital-acquired pneumonia. *Journal of Nursing Scholarship*. 2014;46(1):11–9.
37. Kalisch BJ, Gosselin K, Choi SH. A comparison of patient care units with high versus low levels of missed nursing care. *Health Care Manage Rev*. 2012;37(4):320–8.
38. Bittner NP, Gravlin G. Critical Thinking, Delegation, and Missed Care in Nursing Practice. *J Nurs Adm*. 2009;39(3):142–6.
39. Carrascal C, Ramírez GM, David J. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos Higiene: basic care that promotes comfort in critically ill patients. 2015;340–50.
40. Ministerio de la Protección Social y Salud. Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente. Paquetes Instruccionales Buenas Prácticas para la Atención en Salud. 2010. 51 p.
41. Consejo Internacional de Enfermeras. Seguridad de los pacientes: Declaración de posición del CIE [Internet]. Ginebra; 2012 [citado 2022 jul 4]. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05_Seguridad_pacientes-Sp_0.pdf.
42. Ministerio de la Protección Social. Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” [Internet]. Bogotá; 2010 [citado 2022 jul 4]. Disponible en: <https://www.acreditacionensalud.org.co/wp-content/uploads/2020/07/Guia-Buenas-Practicas-Seguridad-del-Paciente.pdf>.
43. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 755 de 2022.
44. Henderson V. Principios fundamentales de Enfermería. Universidad Yale. 1957;1(1):1–19.
45. Kitson AL. The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nurs Res*. 2018;67(2):99–107.
46. Athlin ÅM. Descriptions of Fundamental Care needs in cancer care – an exploratory study Åsa. *J Clin Nurs*. 2018;12Abdullah (10):3218–21.

47. Conroy T. Factors influencing the delivery of the fundamentals of care: Perceptions of nurses, nursing leaders and healthcare consum. *J Clin Nurs*. 2018;12(10):3218–21.
48. Avallin T, Muntlin Athlin Å, Elgaard Sørensen E, Kitson A, Björck M, Jangland E, et al. Person-centred pain management for the patient with acute abdominal pain: An ethnography informed by the Fundamentals of Care framework. *J Adv Nurs* [Internet]. 2018;0–1. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/jan.13739><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29893491>.
49. Lakanmaa RL, Suominen T, Perttilä J, Ritmala-Castrèn M, Vahlberg T, Leino-Kilpi H. Graduating nursing students' basic competence in intensive and critical care nursing. *J Clin Nurs*. 2014;23(5–6):645–53.
50. Lakanmaa RL, Suominen T, Perttilä J, Ritmala-Castrén M, Vahlberg T, Leino-Kilpi H. Basic competence in intensive and critical care nursing: Development and psychometric testing of a competence scale. *J Clin Nurs*. 2014;23(5–6):799–810.
51. Lakanmaa RL, Suominen T, Ritmala-Castrén M, Vahlberg T, Leino-Kilpi H, Leino-Kilpi H, et al. Basic Competence of Intensive Care Unit Nurses: Cross-Sectional Survey Study. *Biomed Res Int* [Internet]. 2015;2015(ii):1–12. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/536724/>.
52. Chinn PL, Jacobs MK. A model for theory development in nursing. *ANS Adv Nurs Sci*. 1978 oct;1(1):1–11.
53. Pipe TB, Connolly T, Spahr N, Lenzion N, Buchda V, Jury R, et al. Bringing back the basics of nursing: Defining patient care essentials. *Nurs Adm Q*. 2012;36(3):225–33.
54. Kitson A, Conroy T, Kuluski K, Locock L, Lyons R. Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs [Internet]. Adelaide. Adelaide; 2013. 1–31 p. Disponible en: https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl_75843.pdf.
55. Bueno Robles LS. Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional - Ontological and epistemological aspects of the nursing views immersed in the professional work. *Cienc enferm*. 2011;17(1):37–43.
56. Durán de Villalobos MM. Enfermería. Desarrollo teórico e investigativo. 1998. 25 p.

57. Juvé-Udina ME, Pérez EZ, Padrés NF, Samartino MG, García MR, Creus MC, et al. Basic nursing care: Retrospective evaluation of communication and psychosocial interventions documented by nurses in the acute care setting. *Journal of Nursing Scholarship*. 2014;46(1):65–72.
58. Kitson AL, Muntlin Athlin Å, Conroy T. Anything but basic: Nursing's challenge in meeting patients' fundamental care needs. *Journal of Nursing Scholarship*. 2014;46(5):331–9.
59. Johnston CL, Cooper PK. Patient-focused care: what is it? *Holist Nurs Pract*. 1997 abr;11(3):1–7.
60. Mena Tudela D, González-Chordá VM, Cervera Gasch Á, Salas-Medina P, Orts Cortés MI. *Cuidados básicos de enfermería*. 2016.
61. Desirée Mena Tudela, Victor MAnue González Chorda, Águeda Cervera Gasch, Pablo Salas Medina MIOC. *Cuidados Básicos de Enfermería*. Primera. Campus del Riu, editor. Castellón de la Plana; 2016. 200 p.
62. Keay TJ. Back to basics in nursing home care. *Journal of Palliative Medicine*. 2003;6(1):5–6.
63. Fawcett J. Guest Editorial: On bed baths and conceptual models of nursing. *J Adv Nurs*. 2003;44(3):229–30.
64. Englebright J, Aldrich K, Taylor CR. Defining and incorporating basic nursing care actions into the electronic health record. *Journal of Nursing Scholarship*. 2014;46(1):50–7.
65. Spruce L. Bringing back the basics of perioperative nursing care. *AORN J*. 2013;98(5):438–9.
66. Van Achterberg T. Revisiting basic nursing care. *Journal of Nursing Scholarship*. 2014;46(1):1–2.
67. Vollman KM. Interventional patient hygiene: Discussion of the issues and a proposed model for implementation of the nursing care basics. *Intensive Crit Care Nurs*. 2013;29(5):250–5.
68. Nursing A, Journal M. Basic care priorities - Letter of the month. 2014;21(11).
69. Piia Palviainen, Minna Hietala, Pirkko Routasalo TS and MH, Key. ¿DO NURSES EXERCISE POWER IN BASIC CARE SITUATIONS? *Nurs Ethics* [Internet]. 2003;10(3):207–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-1-4160-3143-7.00004-X>.

70. Mieronkoski R, Azimi I, Rahmani AM, Aantaa R, Terävä V, Liljeberg P, et al. The Internet of Things for basic nursing care—A scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2017; 69:78–90.
71. Parish C. “Nurses have not forgotten the basics,” RCN president insists. *Nursing Standard*. 2008;2234.
72. Shakespeare J. Fragmentation of basic and nursing care may be to blame for unsafe wards. *BMJ (Online)*. 2013;346(7902):2020.
73. Shakespeare J. Separation of basic and nursing care may be to blame. *Br Med J*. 2018;346(7902):2–3.
74. Abdullah E, Idris A, Saparon A. Fundamental nursing care: a systematic review of the evidence on the effect of nursing care interventions for nutrition, elimination, mobility, and hygiene. *ARNP Journal of Engineering and Applied Sciences*. 2017;12(10):3218–21.
75. Cho SH, Yun SC. Bed-to-nurse ratios, provision of basic nursing care, and in-hospital and 30-day mortality among acute stroke patients admitted to an intensive care unit: Cross-sectional analysis of survey and administrative data. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(8):1092–101.
76. Juvé-Udina ME, Pérez EZ, Padrés NF, Samartino MG, García MR, Creus MC, et al. Basic nursing care: Retrospective evaluation of communication and psychosocial interventions documented by nurses in the acute care setting. *Journal of Nursing Scholarship*. 2014;46(1):65–72.
77. Abdullah E, Idris A, Saparon A. FUNDAMENTAL CARE AND KNOWLEDGE INTERESTS: IMPLICATIONS FOR NURSING SCIENCE. *ARNP Journal of Engineering and Applied Sciences*. 2017;12(10):3218–21.
78. Lubbe JC (Irene), Roets L. Nurses’ scope of practice and the implication for quality nursing care. *Journal of Nursing Scholarship*. 2014;46(1):58–64.
79. Fonseca EF, Helena M, Penaforte DO. Hygiene care - bath: meanings and perspectives of nurses. *Journal of Nursing Referência Série*. 2015; IV (5):37–44.
80. Ahtisham Y, Jacoline S. Integrating Nursing Theory and Process into Practice; Virginia’ s. *Int J Caring Sci*. 2015;8(2):443–50.
81. Editor-in-chief FTHE. Getting Back to the Basics ... Post Your Nursing Conference. *Nurs Leadersh*. 2015;29(1):1–2.

82. Salviano MEM, Nascimento PDFS, de Paula MA, Vieira CS, Frison SS, Maia MA, et al. Epistemology of nursing care: a reflection on its foundations. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(6):1240–5.
83. Constância T, Lares F, I EFM, Federal U, Gerais DM, Horizonte B, et al. The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 3):1257–64.
84. JPH Hamers¹ MN van der, Sanden², RGA Ettema³ MH, G Huisman-de Waal² J de M van, Ginkel⁴, SF Metzelthin¹ SZ, Schuurmans⁴ and M. Essential nursing care: most provided, least evidence based. The basic care revisited program. *J Adv Nurs.* 2016;2016.
85. Huisman - de Waal G, Feo R, Vermeulen H, Heinen M. Students' perspectives on basic nursing care education. *J Clin Nurs [Internet].* 2018;(January):2450–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.14278>.
86. El-Soussi AH, Asfour HI. A return to the basics; nurses' practices and knowledge about interventional patient hygiene in critical care units. *Intensive Crit Care Nurs [Internet].* 2017; 40:11–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2016.10.002>.
87. Alshahrani S, Magarey J, Kitson A. Relatives' involvement in the care of patients in acute medical wards in two different countries—An ethnographic study. *J Clin Nurs.* 2018;27(11–12):2333–45.
88. Long D, Young J, Rickard CM, Mitchell ML. Measuring pediatric intensive care nursing knowledge in Australia and New Zealand: How the Basic Knowledge Assessment Tool for pediatric critical care nurses (PEDS-BKAT4) performs. *Australian Critical Care [Internet].* 2013;26(1):36–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2012.02.004>.
89. Kitson A, Robertson-Malt S, Conroy T. Identifying the fundamentals of care within Cochrane systematic reviews: The role of the Cochrane nursing care field fundamentals of care node. *Int J Nurs Pract.* 2013;19(2):109–15.
90. Kitson A, MacMillan K. Introduction from the Guest Editors: Perspectives on Fundamental Care. *Nurs Leadersh (Tor Ont).* 2016;29(1):6–9.
91. Feo R, Kitson A. Promoting patient-centered fundamental care in acute healthcare systems. *Int J Nurs Stud.* 2016; 57:1–11.
92. Kitson A. Why Do We Need to Study the Fundamentals of Care? *Nurs Leadersh (Tor Ont).* 2016;29(1):10–6.
93. Feo R, Rasmussen P, Conroy T, Kitson A, Rick W. Developing effective and caring nurse-patient relationships. *Nursing Standard.* 2017;31(28):54–62.

94. Conroy T, Alderman J, Kitson A. Implementing fundamental care in clinical practice. *Nursing Standard*. 2017;(32).
95. Feo R, Conroy T, Marshall RJ, Rasmussen P, Wiechula R, Kitson AL. Using holistic interpretive synthesis to create practice-relevant guidance for person-centred fundamental care delivered by nurses. *Nurs Inq*. 2017;24(2):1–11.
96. Edwards M. The nurses' aide: Past and future necessity. *J Adv Nurs*. 1997;26(2):237–45.
97. Feo R, Kitson A, Conroy T. How fundamental aspects of nursing care are defined in the literature: A scoping review. *J Clin Nurs*. 2018;27(11–12):2189–229.
98. Feo R, Conroy T, Jangland E, Muntlin Athlin Å, Brovall M, Parr J, et al. Towards a standardized definition for fundamental care: A modified Delphi study. *J Clin Nurs*. 2018;27(11–12):2285–99.
99. Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Verrall C, et al. Factors influencing why nursing care is missed. *J Clin Nurs*. 2015;24(1–2):47–56.
100. González-chordá V, Soler LM. Validación de una herramienta de prescripción de cuidados básicos estandarizados y evaluables con temporalidad Validation of a prescription tool for basic care with time assessment ABSTRACT: *Enfermería Global*. 2018; 51:332–49.
101. González OJ. Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión”. *Revista Aquichan*. 2015;15(septiembre):381–93.
102. Suhonen R, Leino-kilpi H, Välimäki M. Development and psychometric properties of the Individualized Care Scale. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2005;7–20 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15660532>.
103. Rodríguez-Martín B, Martín-Martin R, Suhonen R. Individualized Care Scale-patient: A Spanish validation study. *Nurs Ethics* [Internet]. 2018;20(2):096973301876935. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29734884>.
104. Nightingale F. *Notas sobre enfermería qué es y qué no es*. Primera. Masson, editor. New York; 1990. 139 p.
105. Fawcett J, Desanto-Madeya S. *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* [Internet]. F. A. Davis Company; 2013. Disponible en: <https://books.google.com.co/books?id=xpKktwAACAAJ>.

106. Chinn P. Nursology [Internet]. The Nature of Nursing. 2018 [citado 2022 ago 21]. Disponible en: <https://nursology.net/nurse-theories/the-nature-of-nursing/>.
107. Ferrari RFR, Rodrigues DMMR, Baldissera VDA, Pelloso SM, Carreira L. Aplicabilidade Da Teoria De Virginia Henderson Para Fundamentação Na Enfermagem: Fragilidades E Potencialidades. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR [Internet]. 2015;18(1):51–7. Disponible en: <http://www.revistas.unipar.br/saude/article/view/5158>.
108. Smith MJ ed, Liehr PR ed, editores. Middle range theory for nursing / editado por Mary Jane Smith y Patricia R. Liehr. 3rd ed. New York: New York: Springer Publishing Company; 2013.
109. Fisher EM, Kolcaba KY. A Holistic perspective on comfort care as an advance directive [Internet]. Vol. 18, Critical Care Nursing Quarterly. 2013. p. 66-66–76. Disponible en: <https://explore.openaire.eu/search/publication?articleId=doi:895e4ce3f2ced5da192264c847fd782c>.
110. Duffy JR, Hoskins LM. The Quality-Caring Model©: Blending Dual Paradigms [Internet]. Springer Publishing Company; 2018. Disponible en: <https://login.ez.unisabana.edu.co/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip&db=edsair&AN=edsair.doi.fee59441b32f6da298f4ac5e463344e&lang=es&site=eds-live&scope=site>.
111. Williams BC. The Roper-Logan-Tierney model of nursing. Nurs Crit Care (Amler) [Internet]. 2017;12(1):17-17–20. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=120831408&site=eds-live>.
112. Kalisch BJ. Missed Nursing Care: A Qualitative Study. J Nurs Care Qual [Internet]. 2006;21(4):306–13. Disponible en: <https://proxy.library.upenn.edu/login?url=http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=ovfth&AN=00001786-200610000-00006>.
113. Piscotty R, Kalisch B. Lost opportunities??? the challenges of “missed nursing care”. Nurs Manage. 2014;45(10):40–4.
114. Ong SWX, Tan YK, Chia PY, Lee TH, Ng OT, Wong MSY, et al. Air, Surface Environmental, and Personal Protective Equipment Contamination by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) from a Symptomatic Patient. JAMA - Journal of the American Medical Association. 2020;3–5.
115. Kalisch BJ, Williams RA. Development and Psychometric Testing of a Tool to Measure Missed Nursing Care. JONA: The Journal of Nursing Administration [Internet]. 2009;39(5):211–9. Disponible en:

<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00005110-200905000-00004>.

116. Piscotty RJ, Kalisch B, Gracey-Thomas A. Impact of Healthcare Information Technology on Nursing Practice. *Journal of Nursing Scholarship*. 2015;47(4):287–93.
117. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: A concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009;65(7):1509–17.
118. Colliere MF. Invisible care and invisible women as health care-providers. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 1986;23(2):95–112. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0020748986900015>.
119. Beckstead JW. What we write and what we cite: A comment on Mantzoukas (2009) [Internet]. Vol. 46, *International Journal of Nursing Studies*. 2009. p. 1161-1161–3. Available from: <https://explore.openaire.eu/search/publication?articleId=doi:c8b76ca553d3264505fd9a964f1100bc>.
120. Jennifer R. Gray, Susan K. Grove. *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Nine. St. Louis Missouri: Elsevier; 2021. 1–859 p.
121. Denise P. Polit, Chery Tatano Beck. *Investigación en enfermería*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018. 1–442 p.
122. Hernández Sampieri Roberto MTC. *Metodología de la investigación - Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. [Internet]. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana; 2018. 753 p. Disponible en: <https://www.ebooks7-24.com:443/?il=6443>.
123. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza Inés Tomás-Marco A, Lloret Segura S. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. 2014 [citado 2022 sep 11]; 30:1151–69. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>.
124. Feo R, Conroy T, Wiechula R, Rasmussen P, Kitson A. Instruments measuring behavioral aspects of the nurse–patient relationship: A scoping review. Vol. 29, *Journal of Clinical Nursing*. Blackwell Publishing Ltd; 2020. p. 1808–21.
125. Díaz Torres NV. *Validez y confiabilidad de la versión colombiana de la Escala de Cuidado Individualizado ICS-Paciente*. 2021.

126. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta nacional de demografía y salud. 2015. 1–435 p.
127. Dirección de fomento a la investigación Colciencias. Política de ética, bioética e integridad científica. 2017.
128. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la OMS. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos [Internet]. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. 2017. p. 150. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf.
129. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. 1993;1993(octubre 4):1–19.
130. Ministerio de Salud. Resolución 13437 de 1991. Ministerio de Salud, Congreso de Colombia. 1991;7–8.
131. Polit D, Beck CT. Investigación en Enfermería. 9.a. Wolters Kluwer, editor. Barcelona; 2018. 442 p.
132. Juárez-Hernández LG, Tobón S. Análisis de los elementos implícitos en la validación de contenido de un instrumento de investigación Analysis of the elements implicit in the validation of the content of a research instrument. Revista Espacios [Internet]. 2018;39(53):23. Disponible en: <http://www.revistaespacios.com/cited2017/cited2017-23.pdf>.
133. Tristán-López A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. Avances en medición. 2008;6(1):37–48.
134. Castillo-Sierra DM, González-Consuegra R v., Olaya-Sánchez A, Castillo-Sierra DM, González-Consuegra R v., Olaya-Sánchez A. Validez y confiabilidad del cuestionario Florida versión en español. Revista Colombiana de Cardiología [Internet]. 2018 mar 1 [citado 2022 sep. 16];25(2):131–7. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332018000200131&lng=en&nrm=iso&tlng=es.
135. López de Ullibarri Galparsoro I, Pita Fernández S. Investigación: Medidas de concordancia: el índice de Kappa 1/5 Medidas de concordancia: el índice de Kappa [Internet]. 1999 [citado 2022 sep. 16]. Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/33328322/Indice_de_kappa-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1663431477&Signature=ZP-CiKZF7WFQXbdRSACqQtJtXJyDJ0SMr2lowIbM0Y5pi-Egt9OWZyA7dWQY7If7f4QrbSY0dMVKnOsqX8-dz-

DDugEijR3~FLjJgaMTyG9iB16YaurAO9tWabxZPPmEkmWklc~LYbMe2wfsFtiOJB
dHzp1QSZBkKCbyKG1CNYNmDbwNcbywCYPBmVVZZEMJwO-
vee8nWXfpXzydQilDQxcOZpuqOpECqgOeS0Gm5uxr975WaV0nggZfSeV2QwSb2
2colo9uC5otkMiNIKG5TOU~kA8UWrAY7CAP~qPj5NRGm-
8sUhAW4~55nQcSnWy8a9odlaniEOU9rbZIXC1lg__&Key-Pair-
Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA.

136. Robles Pastor BF. Índice de validez de contenido: Coeficiente V de Aiken. *Pueblo continente*. 2018;29(1):193–7.
137. de Almeida JH, Bortoloti R, Ferreira PR dos S, Schelini PW, de Rose JCC. Analysis of Validity and Precision of a Semantic Differential Instrument. *Psicologia: Reflexão e Crítica* [Internet]. 2014 [citado 2022 sep 16];27(2):272–81. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/prc/a/vkyTFhB3n3HFMJ6CKxhsRWn/abstract/?lang=en>.
138. Proyecciones de población [Internet]. [citado 2022 sep. 26]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>.
139. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud. Colombia. 2020 [Internet]. Bogotá D.C.; 2020 [citado 2022 sep. 26]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2020-colombia.pdf>.
140. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estratificación socioeconómica [Internet]. Estratificación socioeconómica para servicios públicos domiciliarios. 2022 [citado 2022 sep. 26]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/servicios-al-ciudadano/servicios-informacion/estratificacion-socioeconomica#normatividad>.
141. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) [Internet]. Bogotá D.C.; 2021 [citado 2022 sep. 26]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2021/Bolentin_Tecnico_ECV_2021.pdf.
142. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Boletín Técnico Fuerza laboral y educación [Internet]. Bogotá; 2022 sep. [citado 2022 sep. 26]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/especiales/educacion/Bol_edu_2021.pdf.
143. Beltrán WM, Larotta Silva S. Diversidad religiosa, valores y participación política en Colombia: Resultados de la encuesta nacional sobre diversidad religiosa 2019

- [Internet]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia; 2020 [citado 2022 sep. 26]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/80990>.
144. Kitson AL, Dow C, Calabrese JD, Locock L, Athlin sa M. Stroke survivors? experiences of the fundamentals of care: A qualitative analysis. *Int J Nurs Stud*. 2013 mar;50(3):392–403.
 145. Lomborg K, Bjørn A, Dahl R, Kirkevold M. Body care experienced by people hospitalized with severe respiratory disease. *J Adv Nurs [Internet]*. 2005 May 1 [citado 2022 sep. 26];50(3):262–71. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2005.03389.x>.
 146. Jensen AL, Vedelø TW, Lomborg K. A patient-centred approach to assisted personal body care for patients hospitalised with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Nurs [Internet]*. 2013 abr 1 [citado 2022 sep. 26];22(7–8):1005–15. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.12050>.
 147. Gaspard G, Cox L. Bathing people with dementia when education is not enough. *J Gerontol Nurs*. 2012;38(9):43–51.
 148. Wårdh I, Hallberg LRM, Berggren U, Andersson L, Sörensen S. Oral Health Care—A Low Priority in Nursing. *Scand J Caring Sci [Internet]*. 2000 jun 1 [citado 2022 sep. 26];14(2):137–42 Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-6712.2000.tb00574.x>.
 149. Pentecost C. Patients' and nurses' experiences of fundamental nursing care: A systematic review and qualitative synthesis. *Ment Health Serv Res [Internet]*. 2019; 00:1–25. Disponible en: <http://www.endno>.
 150. Robison J, Pilgrim AL, Rood G, Diaper N, Elia M, Jackson AA, et al. Can trained volunteers make a difference at mealtimes for older people in hospital? A qualitative study of the views and experience of nurses, patients, relatives and volunteers in the Southampton Mealtime Assistance Study. *Int J Older People Nurs [Internet]*. 2015 jun 1 [citado 2022 sep. 26];10(2):136–45. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/opn.12064>.
 151. Lafrenière S, Folch N, Dubois S, Bédard L, Ducharme F. Strategies Used by Older Patients to Prevent Functional Decline During Hospitalization. <http://dx.doi.org/10.1177/1054773815601392> [Internet]. 2015 ago. 31 [citado 2022 sep. 26];26(1):6–26. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1054773815601392?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed.
 152. Boltz M, Capezuti E, Shabbat N. Nursing staff perceptions of physical function in hospitalized older adults. *Applied Nursing Research*. 2011 nov 1;24(4):215–22.

153. Bourret EM, Bernick LG, Cott CA, Kontos PC. The meaning of mobility for residents and staff in long-term care facilities. *J Adv Nurs* [Internet]. 2002 feb 1 [citado 2022 sep. 26];37(4):338–45. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1365-2648.2002.02104.x>.
154. Taylor J, Sims J, Haines TP. Quality mobility care in nursing homes: A model of moderating and mediating factors to guide intervention development. *Res Gerontol Nurs*. 2014 nov 1;7(6):284–91.
155. Taylor J, Sims J, Haines TP. The emergent relevance of care staff decision-making and situation awareness to mobility care in nursing homes: an ethnographic study. *J Adv Nurs* [Internet]. 2014 dic 1 [citado 2022 sep. 26];70(12):2767–78. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.12425>.
156. Welsh Assembly Government. Fundamentals of Care - Guidance for Health and Social Care Staff. 2003;1–67. Disponible en: <http://www.wales.nhs.uk/documents/booklet-e.pdf>.
157. Torres Díaz NV. Validez y confiabilidad de la versión colombiana de la Escala de Cuidado Individualizado ICS-Paciente. Universidad Nacional de Colombia; 2021.